



**DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA SECTOR  
RECURSOS NATURALES Y AMBIENTE**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL  
SOBRE EL MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS  
GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE  
SALUD DEL DISTRITO CENTRAL  
(AGA-MDP-DC)**

**PRACTICADA A LA SECRETARÍA DE SALUD**

**INFORME  
Nº 001-2013-DARNA-MDP-SS-A**

**POR EL PERÍODO COMPRENDIDO  
DEL 20 DE MAYO DE 2006  
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012**



**SECRETARÍA DE ESTADO EN EL DESPACHO DE SALUD**

**AUDITORÍA DE GESTIÓN AMBIENTAL SOBRE EL MANEJO DE LOS DESECHOS  
PELIGROSOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD DEL  
DISTRITO CENTRAL (AGA-MDP-DC)**

**PRACTICADA A LA SECRETARÍA DE SALUD**

**INFORME  
Nº 001-2013-DARNA-MDP-SS-A**

**POR EL PERÍODO COMPRENDIDO  
DEL 20 DE MAYO DE 2006  
AL 31 DE DICIEMBRE DE 2012**

**DEPARTAMENTO DE AUDITORÍA SECTOR  
RECURSOS NATURALES Y AMBIENTE  
DARNA**

## CONTENIDO

## PÁGINA

CARTA DE ENVÍO DEL INFORME	
RESUMEN EJECUTIVO	1-7
ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	8-9

### CAPÍTULO I INFORMACIÓN INTRODUCTORIA

A. MOTIVOS DEL EXAMEN	10
B. OBJETIVOS DEL EXAMEN	10-11
C. ALCANCE DEL EXAMEN	11
D. METODOLOGÍA	11
E. ANTECEDENTES Y BASE LEGAL	11-20
F. MISIÓN, VISIÓN Y FUNCIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD	20-22
G. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA ENTIDAD	22
H. FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS PRINCIPALES	23

### CAPÍTULO II COMENTARIOS DEL EXAMEN

A. LOGROS GENERALES DE LA GESTIÓN SOBRE EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD	24
B. MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA, EFICACIA Y ECONOMÍA	24-25

### CAPÍTULO III CONTROL INTERNO

A. DEFICIENCIAS DE CONTROL INTERNO	26
------------------------------------	----

### CAPÍTULO IV RESULTADO DEL EXAMEN

A. HALLAZGOS POR INCUMPLIMIENTO A NORMAS, LEYES, REGLAMENTOS U OTROS	27-31
B. HALLAZGOS QUE DAN ORIGEN A LA DETERMINACIÓN DE RESPONSABILIDADES	32-38
C. HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS HOSPITALES	39
I. HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO	39-66
II. HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE	67-82
III. INSTITUTO CARDIOPULMONAR "HOSPITAL EL TORAX"	82-97
IV. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA	97-118
V. CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO	119-128

## **CAPITULO V**

A. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE AUDITORÍAS ANTERIORES	129
ANEXOS	130
ANEXO N°1 LISTADO DE DOCUMENTOS REVISADOS DURANTE LA AUDITORÍA	131
ANEXO N° 2 TRATADOS Y CONVENIOS SUSCRITOS POR HONDURAS RELACIONADOS CON EL TEMA AUDITADO	132
ANEXO N° 3 ORGANIGRAMA	133
ANEXO N° 4 FOTOS HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO	134-138
ANEXO N° 5 FOTOS HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE	139-140
ANEXO N° 6 FOTOS INSTITUTO CARDIOPULMONAR "HOSPITAL EL TORAX"	141-143
ANEXO N° 7 FOTOS HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA	144-145
ANEXO N° 8 RECOMENDACIONES QUE NO FUERON EJECUTADAS	146

000005

**Los valores y principios éticos construyen PATRIA.**



Tegucigalpa, MDC 20 de septiembre del 2013  
Oficio Presidencia/TSC-3585-2013

Doctor  
**Salvador Pineda**  
Secretario de Estado en el Despacho de Salud  
Su Despacho

Distinguido Doctor Pineda:

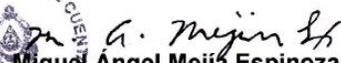
Adjunto encontrará el Informe N° 001-2013-DARNA-MDP-SS-A de la Auditoría de Gestión Ambiental practicada a la Secretaría de Salud sobre el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos Públicos de Salud del Distrito Central, por el período comprendido del 20 de mayo de 2006 al 31 de diciembre de 2012. El examen se efectuó en ejercicio de las atribuciones contenidas en el Artículo 222 reformado de la Constitución de la República y los Artículos 3, 4, 5 numeral 2, 42 numeral 3, 43, 44, 45 numeral 6 y 46 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas y conforme al Marco Rector del Control Externo.

Este informe contiene opiniones, comentarios y recomendaciones; los hechos que dan lugar a responsabilidad administrativa, se tramitarán individualmente en pliegos separados y los mismos serán notificados a los funcionarios y empleados en quienes recayere la responsabilidad.

Las recomendaciones formuladas en este informe fueron analizadas oportunamente con los funcionarios encargados de su implementación y aplicación, mismas que contribuirán a mejorar la gestión de la institución a su cargo. Conforme al Artículo 79 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, el cumplimiento de las recomendaciones formuladas es obligatorio.

Para cumplir con lo anterior y dando seguimiento al cumplimiento de las recomendaciones, de manera respetuosa le solicito presentar dentro de un plazo de 15 días calendario a partir de la fecha de recepción de esta nota: (1) un Plan de Acción con un período fijo para ejecutar cada recomendación del informe; y (2) las acciones tomadas para ejecutar cada recomendación según el plan.

Atentamente,

  
**Miguel Ángel Mejía Espinoza**  
Magistrado Presidente

Tel. (504) 2230-8789/ (504) 2230-3732 [www.tsc.gob.hn](http://www.tsc.gob.hn) e-mail: [tsc@tsc.gob.hn](mailto:tsc@tsc.gob.hn)

Centro Cívico Gubernamental, Blvd. Fuerzas Armadas Tegucigalpa, Honduras

## RESUMEN EJECUTIVO

### A. Naturaleza y Objetivos de la Revisión

La presente Auditoría de Gestión Ambiental sobre el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos Públicos de Salud del Distrito Central, se realizó en el ejercicio de las atribuciones conferidas en el Artículo 222 reformado de la Constitución de la República y los Artículos 3, 4, 5 numeral 2, 42 numeral 3, 43, 44, 45 numeral 6 y 46 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas y en cumplimiento al Plan de Auditoría del año 2013 y de la Orden de Trabajo N° 001-2013-DARNA de fecha 11 de febrero de 2013.

Los principales objetivos de la evaluación fueron los siguientes:

1. Evaluar la gestión de la Secretaría de Salud sobre el manejo de los desechos peligrosos generados en los establecimientos públicos de salud, tomando como muestra los siguientes establecimientos de salud:
  - Hospital Escuela.
  - Hospital General San Felipe.
  - Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax).
  - Hospital Psiquiátrico Santa Rosita.
  - Centro de Salud Alonso Suazo.
2. Evaluar el cumplimiento de los compromisos establecidos en los contratos con las empresas privadas que prestan servicios para la gestión de los residuos peligrosos.
3. Verificar el cumplimiento de recomendaciones de informes de auditorías anteriores.

### B. Alcance y Metodología

El examen comprendió la revisión de las operaciones, registros y la documentación de respaldo presentada por los funcionarios y empleados de la Secretaría de Salud y de cada institución, cubriendo el período comprendido del 20 de mayo del 2006 al 31 de diciembre de 2012.

Para el desarrollo de la Auditoría, se consideraron tres fases fundamentales: Planeamiento, Ejecución y Elaboración del Informe.

Dentro de la Fase de Planeamiento se establecieron los objetivos de la Auditoría, los tiempos de ejecución, el personal y la logística necesaria para desarrollar la Auditoría.

En la Fase de Ejecución se obtuvieron evidencias a través de los programas desarrollados de acuerdo a las líneas de investigación seleccionadas que permitieron obtener los resultados de la auditoría, los procesos fueron basados

en hechos y evidencias físicas, documentales, testimoniales y analíticas, tal como están establecidos en la guía metodológica para realizar auditorías de gestión ambiental del Departamento de Auditorías Sector Recursos Naturales y Ambiente (DARNA) y la guía para auditorías ambientales elaborada por la Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadoras Superiores (OLACEFS 2002); se aplicaron los siguientes procedimientos:

- a) Revisión analítica de la documentación soporte, leyes, reglamentos, convenios, proyectos y programas, correspondientes al período auditado.
- b) Evaluación de la eficiencia y la eficacia mediante el análisis de las metas programadas en los planes operativos anuales versus las metas cumplidas durante el período evaluado.
- c) Revisión y análisis de expedientes.
- d) Inspecciones in situ con el propósito de inspeccionar en campo los problemas ambientales de acuerdo a las líneas de investigación seleccionada.
- e) Aplicación de cuestionarios y guías de verificación in situ.

Al finalizar las etapas de planeación y ejecución, los resultados obtenidos de la auditoría realizada proporcionaron insumos para hacer observaciones orientadas a la mejora continua de la gestión ambiental sobre los desechos peligrosos generados en los establecimientos públicos de salud y sobre las competencias de cada entidad intervenida, se elaboró el informe que contiene los hallazgos con sus correspondientes recomendaciones de obligatorio cumplimiento.

### **C. Conclusiones y Opinión**

En el desarrollo de la presente auditoría se encontraron deficiencias que ameritan la atención y acción inmediata de la Secretaría de Salud:

- La definición de funciones que tienen las instituciones relacionadas directa e indirectamente a la gestión, regulación y vigilancia de los desechos peligrosos generados en los establecimientos de salud públicos inspeccionados, no está claramente definido, hay duplicidad y dispersión de funciones, y falta de coordinación entre las mismas.
- En la Política Nacional de Salud 2006-2010, se manifiesta la débil rectoría de la Secretaría de Salud para la regulación de aspectos sanitarios (incluyendo lo que corresponde a los desechos sólidos peligrosos), administrativos y financieros de la gestión de salud en los diferentes establecimientos públicos de salud inspeccionados, corroborando lo anterior, durante la evaluación realizada por el Tribunal Superior de Cuentas (TSC), también manifiesta que

los objetivos nacionales de salud y de planificación estratégica del sector, no están bien definidos, existe falta de coherencia entre las funciones normativas y programáticas en los distintos niveles de atención. Ha existido poca claridad en como ejercer el papel rector en un modelo descentralizado de gestión nacional, departamental y especialmente municipal.

- La Unidad de Gestión Sanitaria Ambiental (UGSA) de la Secretaría de Salud, por su denominación incluye la gestión de los desechos peligrosos hospitalarios. Sin embargo, existen cuatro Direcciones Generales, dentro de esta Secretaría con funciones dispersas en relación con la temática de desechos, mucho menos contemplando los desechos peligrosos y bioinfecciosos generados por los establecimientos públicos de salud.
- La intervención institucional de la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA) en el sector de desechos peligrosos hospitalarios es débil, su rol de vigilancia y control de riesgos e impactos ambientales de este tipo de desechos no se realiza. Las empresas de recolección y transporte de desechos sólidos tanto municipales e industriales, como hospitalarios; no disponen en general, de permisos o licencias ambientales.
- Existe debilidad institucional del municipio a nivel operativo de los servicios de recolección, transporte y disposición final de desechos sólidos. La Superintendencia de Aseo Municipal cuenta con un Departamento de Desechos Sólidos, el cual únicamente se hace responsable de la disposición final aduciendo que la recolección y transporte ha sido delegada a empresas privadas, lo que no exime a la Municipalidad de las responsabilidades conferidas bajo ley para realizar acciones de supervisión, control y/o cualquier tipo de regulación para asegurar una gestión correcta de este tipo de desechos de alto riesgo contaminante.
- Tal como se detalla en el capítulo II, en el apartado de medición de la eficiencia y eficacia, y en el detalle de los hallazgos, la Secretaría de Salud debe llevar a cabo acciones para subsanar las deficiencias en los procesos sobre el manejo de los desechos peligrosos generados en los establecimientos de salud públicos y privados.

Asimismo la Secretaría de Salud debe ejercer una supervisión constante y coordinar con cada una de las instituciones y hospitales públicos auditados que están involucrados en la diferentes etapas del ciclo de los desechos generados en los establecimientos de salud como ser segregación, etiquetado, almacenamiento intermedio, recolección y transporte interno, almacenamiento temporal (estos procedimientos le corresponden a los hospitales) la disposición final de los desechos le corresponde a la Alcaldía Municipal del Distrito Central y la supervisión y vigilancia de todo el proceso a la Secretaría de Salud; a continuación se muestran las siguientes deficiencias:

### **Para la Alcaldía Municipal del Distrito Central (AMDC)**

1. La AMDC no realiza inspección y vigilancia al proceso de recolección, tratamiento y transporte de los desechos peligrosos, en los establecimientos públicos de salud.
2. No existe coordinación entre la Municipalidad del Distrito Central y la Secretaría de Salud para el manejo y la disposición final de los desechos hospitalarios.

### **Para el Hospital Escuela Universitario**

1. No existe una adecuada segregación de los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario (HEU).
2. Las bolsas y recipientes utilizados para el depósito de los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario, no reúnen las características y condiciones adecuadas.
3. Los recipientes y bolsas donde se depositan los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario no están etiquetados.
4. Los lugares destinados para el almacenamiento intermedio de los desechos generados en el Hospital Escuela Universitario, no reúnen las condiciones establecidas.
5. En el Hospital Escuela Universitario el transporte interno de los desechos no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
6. El almacenamiento temporal de desechos del Hospital Escuela Universitario, no cumple con las condiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
7. El transporte externo de los desechos del Hospital Escuela Universitario no cumple con las condiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
8. No existe una supervisión adecuada al contrato de prestación de servicios de manejo de los desechos por parte del Hospital Escuela Universitario.
9. Los desechos químicos producidos en los laboratorios, no son manejados de acuerdo a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
10. Los desechos líquidos generados en el Hospital Escuela Universitario son depositados en el alcantarillado sanitario.
11. No existe por parte del Hospital Escuela Universitario una supervisión que verifique que los medicamentos vencidos son depositados directamente en el relleno sanitario del Distrito Central.

### **Para el Hospital General San Felipe**

1. Los responsables del manejo de los desechos hospitalarios no tienen un programa de capacitación continua referente al manejo de los desechos hospitalarios.

2. Los recipientes y bolsas destinados para el depósito de los desechos no están etiquetados con el símbolo universal de peligrosidad.
3. Los desechos peligrosos no se depositan en recipientes rígidos de tapa accionada por pedal.
4. En el Hospital General San Felipe la zona de almacenamiento intermedio de los desechos hospitalarios no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
5. El carro manual que utilizan en el Hospital General San Felipe para el transporte interno de los desechos bioinfecciosos no está rotulado.
6. No existe un horario y frecuencia para el traslado de los desechos peligrosos del depósito de almacenamiento intermedio al depósito de almacenamiento temporal.
7. El almacenamiento temporal de los desechos no reúne las condiciones especificadas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
8. El vehículo de recolección y transporte externo de los desechos peligrosos generados en el Hospital General San Felipe no reúne las características establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
9. El personal de limpieza y mantenimiento encargado del manejo de desechos peligrosos no cuenta con los certificados médicos establecidos en Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

**Para el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

1. No se tiene nombrada a una persona como responsable de la gestión operativa de los desechos y la misma no ha recibido capacitaciones para el manejo correcto de estos.
2. Los recipientes y bolsas en los que depositan los desechos peligrosos no cumplen con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.
3. Deficiencias en la recolección y transporte interno de los desechos hospitalarios.
4. Al momento de efectuar sus labores los empleados de la compañía CHIC no cumplen las medidas de seguridad.
5. El personal médico y de enfermería del Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital el Tórax) no cumple con las medidas de seguridad e higiene al manipular los desechos peligrosos.
6. La bodega de almacenamiento temporal de los desechos peligrosos no cumple con algunas especificaciones contempladas en el reglamento para el manejo de los mismos.
7. No se han establecido las rutas, frecuencias y horarios para el transporte externo de los desechos peligrosos.

8. El vehículo para el transporte externo de los desechos peligrosos no cumple con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.
9. Los desechos líquidos generados en el Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital el Tórax) son vertidos en el alcantarillado público.

#### **Para el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

1. El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no cuenta con copia de los contratos contraídos con la compañía de limpieza e higienización de los años 2006 y 2008.
2. No se ha asignado una persona responsable para coordinar con la compañía encargada de la limpieza e higienización del hospital el cumplimiento de los contratos suscritos.
3. El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no lleva un registro diario de asistencia de los empleados que la compañía de limpieza asigna al hospital para realizar las labores.
4. No se ha capacitado al personal médico, de enfermería, administrativo, personal de servicios varios, permanente y temporal, en el tema de segregación de los desechos peligrosos.
5. Las bolsas donde se depositan los residuos peligrosos generados en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, no se colocan en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal.
6. Los desechos de vidrio no contaminado son colocados en recipientes que no reúnen las disposiciones indicadas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
7. Los desechos infecciosos y patológicos no son segregados como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
8. Los envases plásticos que contienen desechos punzo cortantes no son etiquetados.
9. El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no cuenta con una zona de almacenamiento intermedio para colocar los recipientes rígidos con tapa que contienen las bolsas con desechos peligrosos.
10. El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no cuenta con un horario y frecuencia para trasladar los desechos hospitalarios hasta su disposición final.
11. El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no dispone de una fosa de seguridad para depositar los desechos bio-infecciosos y objetos punzo cortantes.
12. Las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no cumplen con las condiciones higiénicas sanitarias requeridas.

#### **Para el Centro de Salud Alonzo Suazo**

1. En el Centro de Salud Alonzo Suazo no se etiquetan los recipientes donde se depositan los desechos hospitalarios.

2. En el Centro de Salud Alonso Suazo no se tiene establecido un horario para la recolección y traslado de los desechos hospitalarios al almacenamiento temporal.
3. En el Centro de Salud Alonso Suazo no se cumplen los requisitos que debe reunir la bodega temporal de almacenamiento de los desechos hospitalarios.
4. En el Centro de Salud Alonso Suazo no se cuenta con un técnico responsable capacitado para la gestión operativa de los desechos hospitalarios.
5. En el Centro de Salud Alonso Suazo no cuentan con un vehículo asignado exclusivamente para el traslado de los desechos peligrosos.
6. En el Centro de Salud Alonso Suazo no cuentan con los controles de salida de los desechos generados que se depositaron en el relleno sanitario, en los años 2010, 2011 y 2012.

**Para la Secretaría de Salud**

1. Los Establecimientos de salud inspeccionados no cuentan con Licencia Sanitaria ni se le han practicado Auditorías Ambientales.
2. En el Centro de Salud Alonso Suazo no existe un control de vacunación contra la hepatitis A, B y C para el personal que trabaja en la recolección y manejo de desechos hospitalarios.
3. La Secretaría de Salud, no verifica el cumplimiento de los contratos suscritos con las empresas de limpieza asignadas a los Establecimientos Públicos de Salud del Distrito Central, por no tener conformada la comisión integrada por la Empresa de limpieza, Secretaría de Salud y un representante del hospital.
4. La Secretaría de Salud no proporcionó información solicitada por el Tribunal Superior de Cuentas.

## ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

ACEPESA	Asociación Centroamericana para la Salud y el Ambiente
AGA-MDP-DC	Auditoría de Gestión Ambiental sobre el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos Públicos de Salud del Distrito Central.
AMDC	Alcaldía Municipal del Distrito Central
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
CESAMO	Centro de Salud con Médico Odontólogo
CESSCO	Centro de Estudios y Control de Contaminantes.
CHIC	Compañía Higienizadora S. de R. L.
CODELEX	Compañía de limpieza Excelente
COPs	Contaminantes Orgánicos Persistentes.
DARNA	Departamento de Auditorías Sector Recursos Naturales y Ambiente.
DEI	Dirección Ejecutiva de Ingresos.
DR-CAFTA	Central America Free Trade Agreement (Tratado de Libre Comercio entre Centro América y República Dominicana)
DGA	Dirección General de Gestión Ambiental.
DGE	Dirección General de Energía.
DGES	Desechos Generados en los Establecimientos Públicos de la Salud
DGRS	Dirección General de Regulación Sanitaria
DGVS	Dirección General de Vigilancia Sanitaria
DOLG	Diario Oficial La Gaceta
DSH	Desechos Sólidos Hospitalarios
DSH/P	Desechos Sólidos Hospitalarios Peligrosos
EFS	Entidades Fiscalizadoras Superiores.
FM	Francisco Morazán
GAR	Gestión Ambientalmente Racional.
GPC	Generación per cápita promedio de desechos sólidos domiciliarios por tamaño de población
HEU	Hospital Escuela Universitario
HSF	Hospital San Felipe
Kg/hab/día	Kilogramos por habitante por día
LDI	Líneas de Investigación
LGA	Ley General del Ambiente
LM	Ley de Municipalidades
MV	Medio de Verificación
MDP	Manejo de Desechos Peligrosos
NOGECI	Normas Generales de Control Interno
OIEA	Organización Internacional de Energía Atómica.

OLACEFS	Organización Latinoamericana y del Caribe de Entidades Fiscalizadoras Superiores.
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
POA	Plan Operativo Anual
PRONASA	Programa Nacional Servicios de Salud
RETC	Registro de Emisiones y Transferencia de Contaminantes.
RMIRS	Reglamento para el Manejo Integral de los Desechos Sólidos
SAG	Secretaría de Agricultura y Ganadería.
SENASA	Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria.
SERNA	Secretaría de Estado en los Despachos de Recursos Naturales y Ambiente.
SINAVIS	Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria
SPS	San Pedro Sula
SQP	Sustancias Químicas Peligrosas.
T/día	Toneladas por día
TGU	Tegucigalpa
TSC	Tribunal Superior de Cuentas
UNICEF	The United Nations Children's Fund (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia)
UGSA	Unidad de Gestión Sanitaria Ambiental
US-DOE	Departamento de Energía de Estados Unidos

## **CAPÍTULO I**

### **INFORMACIÓN INTRODUCTORIA**

#### **A. MOTIVOS DEL EXAMEN**

La presente auditoría se realizó en ejercicio de las atribuciones conferidas en el Artículo 222 reformado de la Constitución de la República y los Artículos 3, 4, 5 numeral 2; 42 numeral 3, 43, 44, 45 numeral 6 y 46 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, y en cumplimiento del Plan de Auditoría del año 2013 y de la Orden de Trabajo N° 001-2013-DARNA de fecha 11 de febrero de 2013.

#### **B. OBJETIVOS DEL EXAMEN**

##### **Generales**

1. Evaluar el cumplimiento de las disposiciones legales vigentes, sobre el manejo de los desechos peligrosos generados en establecimientos públicos de salud del Distrito Central; según responsabilidades y ámbito de competencia de cada una de las instituciones intervenidas (Secretaría de Salud, Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe, Instituto Cardiopulmonar (Hospital El Tórax, Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y Centro de Salud Alonso Suazo, Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente y la Corporación Municipal del Distrito Central), así como los procesos de manejo de los desechos que son utilizados en el país (segregación, tratamiento, transporte y disposición final), durante el período comprendido del 20 de mayo de 2006 al 31 de diciembre de 2012.
2. Lograr que todo servidor público, sin distinción de jerarquía, asuma plena responsabilidad por sus actuaciones, en su gestión oficial.
3. Promover el desarrollo de una cultura de probidad y de ética pública.
4. Fortalecer los mecanismos necesarios para prevenir, detectar, sancionar y combatir los actos de corrupción en cualquiera de sus formas.

##### **Específicos**

1. Evaluar la gestión de la Secretaría de Salud sobre el manejo de los desechos peligrosos en los siguientes establecimientos de salud:
  - Hospital Escuela.
  - Hospital General San Felipe.
  - Instituto Nacional Cardiopulmonar (“Hospital El Tórax”).
  - Hospital Santa Rosita.
  - Centro de Salud Alonso Suazo.
2. Evaluar el cumplimiento de los compromisos establecidos en los contratos con empresas privadas que prestan servicios para la gestión de los residuos peligrosos.

3. Verificar el cumplimiento de recomendaciones de informes de auditoría anteriores.

### **C. ALCANCE DEL EXAMEN**

El examen comprendió la revisión y verificación de documentos, informes y reportes de actividades, archivos físico, análisis técnicos y legales, proporcionados por los empleados y funcionarios de cada una de las instituciones auditadas, entrevistas con los empleados y funcionarios del sector público y privado e inspecciones de campo relacionadas al manejo de desechos peligrosos generados en los establecimientos públicos de salud del Distrito Central para el período comprendido del 20 de mayo de 2006 al 31 de diciembre de 2012, con énfasis en las líneas de investigación (LD) LDI-1: Cumplimiento de Legislación vigente, LDI-2: Cumplimiento de Contratos, LDI-3: Cumplimiento de Recomendaciones de informes de auditorías anteriores.

### **D. METODOLOGÍA**

Para el desarrollo de la presente auditoría se utilizó la “Guía Metodológica para Auditorías de Gestión Ambiental” del Tribunal Superior de Cuentas.

Las técnicas y herramientas estándares de Auditoría implementadas en la presente investigación fueron:

1. **Técnicas de Verificación verbal:** entrevistas, reuniones y consultas con los diferentes representantes de cada institución y otras entidades colaboradoras (la ciudadanía en algunos casos puntuales).
2. **Técnicas de verificación escrita:** el examen de expedientes, verificación de archivos y registros, evaluación de informes, aplicación de cuestionarios sobre la gestión.
3. **Técnicas de verificación física:** visitas e inspecciones *in situ* en las áreas definidas bajo muestra.
4. **Técnicas de verificación documental:** Análisis de expedientes.

Además se adjuntó en el **Anexo N° 1** la información base que se revisó y analizó en la presente auditoría.

### **E. ANTECEDENTES Y BASE LEGAL DE LA ENTIDAD**

#### **a) ANTECEDENTES**

Los desechos, y/o basura son términos utilizados para la definición de todo tipo de productos que se generan por acción del ser humano.

La gestión de los desechos comunes conlleva una serie de acciones que son generalmente encaminadas a darle un aprovechamiento posterior a

estos productos a través del reciclaje y posterior a ello una adecuada disposición final.

En el caso de los desechos generados en establecimientos públicos de salud la gestión se vuelve un tanto más compleja, ya que por las actividades desarrolladas en dichos establecimientos los productos derivados son de alto riesgo para la salud humana y el medio ambiente. Por tanto, las acciones de reciclaje se vuelven insuficientes para darles un adecuado tratamiento.

Técnicamente se les denomina desechos peligrosos y bioinfecciosos, subdividiéndose en: desechos patológicos, punzocortantes, químicos, inflamables, corrosivos, reactivos, tóxicos, cito tóxicos, genotóxicos, explosivos, farmacéuticos, radiactivos y especiales<sup>1</sup>.

Toda la cadena de vida de este tipo de desechos lleva implícito un alto riesgo de contaminación, desde su generación hasta la disposición final<sup>2</sup>.

Un ejemplo de las situaciones que pueden darse por contaminación producto de este tipo de desechos, son las causadas por un elemento muy conocido en el sector salud, el mercurio, el cual es liberado a la atmosfera producto de las actividades en los establecimientos públicos de salud (convirtiéndose los mismos en una de las principales fuentes de su liberación debido a las emisiones causadas por la incineración de desechos médicos). Estos establecimientos también contribuyen a la contaminación por mercurio de las masas de agua debido al vertido de aguas residuales no tratadas. Y el que se encuentra contenido en la amalgama dental y en los dispositivos de laboratorio y médicos representa alrededor del 53% del total de las emisiones de este metal.

Con la elección de una alternativa sin mercurio, los establecimientos públicos de salud podrían conseguir una reducción notable de la exposición potencial para los enfermos, el personal de salud y el medio ambiente, a este metal<sup>3</sup>.

En el país, el tema de los desechos peligrosos y bioinfecciosos es incipiente. No se cuenta aún con registros oficiales sobre las cantidades que son generadas en cada uno de los establecimientos de salud públicos y privados. Ni cifras oficiales de las cantidades que son dispuestas en los sitios oficiales de disposición final.

---

<sup>1</sup> Reglamento Acuerdo N° 07-2008

<sup>2</sup> Ciclo de vida de los desechos: prevención, generación, segregación/separación, tratamiento, almacenamiento temporal, transporte y disposición final. (Fuente Reglamento N° 07-2008)

<sup>3</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS 2005, Depto. Salud Pública y Medio Ambiente, Agua Saneamiento y Salud.

En la ciudad de Tegucigalpa, antecedentes sobre generación de desechos sólidos municipales, se remontan al año 1995. En ese año la generación alcanzó 650 T/día y una Generación per cápita promedio de desechos sólidos domiciliarios por tamaño de población (GPC) promedio de 0.65 kg/hab/día. En 1998, un estudio sobre manejo de desechos sólidos en el área urbana de Tegucigalpa, realizado por la Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA, por sus siglas en inglés), estimó una generación de 482.7 T/día de desechos sólidos municipales.

Datos más recientes de generación en esta ciudad, referidos en el estudio realizado por la Compañía Consultora Experco International, en 2003, estimó una Generación Per Cápita promedio de 0.759 kg/hab/día de desechos sólidos municipales en el período 2002-2003. En 2005, la Alcaldía Municipal del Distrito Central (AMDC), estimó que la ciudad de Tegucigalpa con una población de 920,929 habitantes, generó unas 850 T/día de desechos sólidos municipales.

#### **GENERACIÓN DE DESECHOS SÓLIDOS EN TEGUCIGALPA 2005**

Ciudad	Población	Generación (T/día) <sup>(1)</sup>	Origen	
			Domésticos (T/día) <sup>(1)</sup>	Industriales (T/día) <sup>(1)</sup>
Tegucigalpa	920,929	850	-	-

En relación con los desechos sólidos hospitalarios, la municipalidad, en coordinación con la Secretaría de Salud y SERNA, son responsables de vigilar y supervisar, el manejo interno y externo de los desechos sólidos producidos en los establecimientos de salud, con especial atención en el manejo externo, recolección, transporte y disposición final, debiendo verificar que cumplan lo establecido en las Leyes vigentes y en las Ordenanzas Municipales emitidas. La disposición final de los desechos sólidos hospitalarios, debe realizarse en los sitios fijados por la Municipalidad para este fin, previa autorización de la Secretaría de Salud y SERNA. Pero como se observa en la tabla siguiente la mayoría de las municipalidades del país aún no realizan ningún tipo de tratamiento.

## SISTEMA DE TRATAMIENTO DE DESECHOS HOSPITALARIOS EN LA RED DE HOSPITALES DE HONDURAS. 2002

No	Hospital	Sistema de tratamiento				Quemador
		Incinerador		Funciona		
		Si	No	Si	No	
1	San Lorenzo	X	-	-	X	Si / Horno solar
2	Gabriela Alvarado, Danlí	-	X	-	-	
3	Leonardo Martínez, San Pedro Sula	-	X	-	-	
4	Puerto Cortés	X	-	-	X	
5	El Progreso	-	X	-	-	
6	Tela Integrado	-	X	-	-	
7	Hospital Escuela, Tegucigalpa	-	X	-	-	
8	Juan Manuel Gálvez, Gracias	X	-	-	X	
9	San Marcos de Ocotepeque	X	-	-	X	
10	Enrique Aguilar Cerrato, La Esperanza	X	-	-	X	
11	Roberto Suazo Córdova, La Paz	-	X	-	-	
12	Aníbal Murillo, Olanchito	X	-	-	X	Si
13	San Francisco, Juticalpa	X	-	-	X	
14	Santa Bárbara Integrado	-	X	-	-	
15	Atlántida, La Ceiba	-	X	-	-	
16	Occidente, Santa Rosa de Copán	-	X	-	-	
17	Santa Teresa, Comayagua	-	X	-	-	
18	Salvador Paredes, Trujillo	-	X	-	-	
19	Regional del Sur, Choluteca	-	X	-	-	
20	Mario Catarino Rivas, San Pedro Sula	X	-	X	-	
21	Mario Mendoza, Tegucigalpa	-	X	-	-	
22	San Felipe, Tegucigalpa	-	X	-	-	
23	Santa Rosita, Tegucigalpa	-	X	-	-	
24	Roatán	-	X	-	-	
25	Tocoa, Colón	X	-	-	X	
26	Puerto Lempira, Gracias a Dios	X	-	X	-	
27	Instituto Nacional del Tórax, Tegucigalpa	-	X	-	-	Si
28	Manuel de Jesús Subirana, Yoro	-	X	-	-	
Total		10	18	2	8	3

Fuente: Secretaría de Salud, 2002.

A lo interno de cada establecimiento se lleva un deficiente control y en algunos casos aislados se observaron acciones para su tratamiento previo y eliminación de elementos contaminantes, antes de la disposición final. Pero en síntesis la gestión de este tipo de desechos requiere de personal capacitado y de insumos que doten a los gestores de los suministros básicos para lograr de forma controlada y segura una gestión óptima y así eliminar los riesgos de contaminación.

Existe duplicación de competencias y funciones en la rectoría y regulación del sector por parte de la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA), Secretaría de Salud y las Municipalidades. La rectoría es asumida débil, difusa y descoordinadamente, contando con estructuras organizacionales especializadas para la gestión de desechos pero careciendo las mismas de apoyo integral para el logro de objetivos.

La Secretaría de Salud en coordinación con la SERNA, debe hacer cumplir los compromisos internacionales adquiridos por el país en el Convenio de Basilea<sup>4</sup> sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación y otras normativas a nivel internacional y regional (**Ver Anexo 2**). Asimismo, la Secretaría de Salud, debe autorizar en coordinación con la SERNA, la ubicación de los sitios de tratamiento y disposición final de desechos sólidos, así como, el funcionamiento de cementerios y otros sitios de disposición de restos humanos.

En el caso de la Municipalidad del Distrito Central, esta asume de manera directa la titularidad de los servicios de aseo, teniendo como denominador común la escasa coordinación de sus acciones con las entidades rectoras del sector.<sup>5</sup>

Pese a lo anteriormente referido, según sus facultades, cada una de estas instituciones interviene en forma desintegrada y descoordinada en las distintas etapas del manejo de los desechos peligrosos, desde la generación hasta la disposición final. Incluyendo al sector privado como eslabón clave, siendo este representado por una serie de empresas que desde hace varios años han prestado servicios al Estado de Honduras para el manejo de estos desechos a través de contratos con la Secretaría de Salud y en algunas ocasiones con la Corporación Municipal del Distrito Central.

En relación a las competencias que corresponden a la Secretaría de Salud y según sus registros, se cuenta en la actualidad con un total de 1,682 establecimientos de salud, de los cuales únicamente 28 son privados. En el Manual General de Organización y Funciones de la Secretaría de Salud<sup>6</sup>, se le confiere a la Secretaría de Salud las siguientes atribuciones: ente rector y regulador del sector salud, orientar la Política del Gobierno en relación con la Salud Pública; coordinar todas las actividades relacionadas a la salud con organismos centralizados y descentralizados, realizar planificación estratégica; monitoreo y evaluación de políticas; promoción, vigilancia y regulación sanitaria de la salud.

En concordancia con la nueva estructura de la Secretaría de Salud y a la legislación vigente relacionada a los residuos sólidos, particularmente, el

---

<sup>4</sup> Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación, en vigencia desde 1995.- Otros relacionados: Política Centro americana de Salud y Ambiente. 2002. Convenio de Estocolmo sobre contaminantes orgánicos persistentes (COPs), 2005. Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, 1995. Tratado de Libre Comercio entre Centro América, República Dominicana y Estados Unidos de Norte América (DR-CAFTA por sus siglas en ingles), 2005.

<sup>5</sup> Según estudio: Análisis Sectorial de Desechos Sólidos. Honduras. OMS, 2010

<sup>6</sup> DOLG: Diario Oficial La Gaceta

Código de Salud y Reglamento General de Salud Ambiental, Reglamento para el Manejo de Residuos Sólidos, Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud y la Ley General del Ambiente y su Reglamento; confieren a la Secretaría de Salud, la responsabilidad de regular y vigilar el cumplimiento de lo establecido en éstas y demás normativas relacionadas vigentes.

Como ente rector y regulador, es responsable de definir políticas, programas y planes estratégicos y, establecer y conducir los mecanismos de coordinación sectoriales en la gestión sanitaria ambiental que incluye los desechos sólidos en general y dentro de estos los desechos peligrosos y bioinfecciosos generados en los establecimientos de salud.

Asimismo, compete a la Secretaría de Salud entre otras funciones, coordinar con las instancias correspondientes la emisión de normas técnicas, concernientes a los sistemas sanitarios de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de desechos municipales, comerciales, industriales y peligrosos, en el marco de los Reglamentos relacionados vigentes, siendo de cumplimiento obligatorio para las municipalidades, generadores de residuos industriales y peligrosos, u otras empresas públicas o privadas que tengan a su cargo este tipo de servicios, así como para los funcionarios que tengan que emitir dictámenes en este campo.

Algunas de las dependencias de la Secretaría de Salud, con responsabilidad directa en la gestión de los desechos peligrosos son:

#### **Gerencia Administrativa**

Es responsable de realizar la contratación de los servicios de limpieza, desinfección, manejo interno y transporte de los desechos sólidos hospitalarios y todas las demás actividades relacionadas con el trámite del pago a la empresa contratada. Actualmente, 13 hospitales de la Secretaría de Salud, están bajo esta modalidad de contratación.

#### **Unidad de regulación de establecimientos de interés sanitario y servicios**

Es la encargada del Control y aplicación de medidas correctivas, así como también de garantizar que las actividades que afecten al ambiente relacionadas con la salud y todo lo correspondiente al cumplimiento eficiente de las normas y reglamentos que regulan los servicios de los establecimientos de interés sanitario.

También le compete la evaluación de los respectivos servicios y los establecimientos de interés sanitario con base en las prioridades de salud del país y los instrumentos de control.

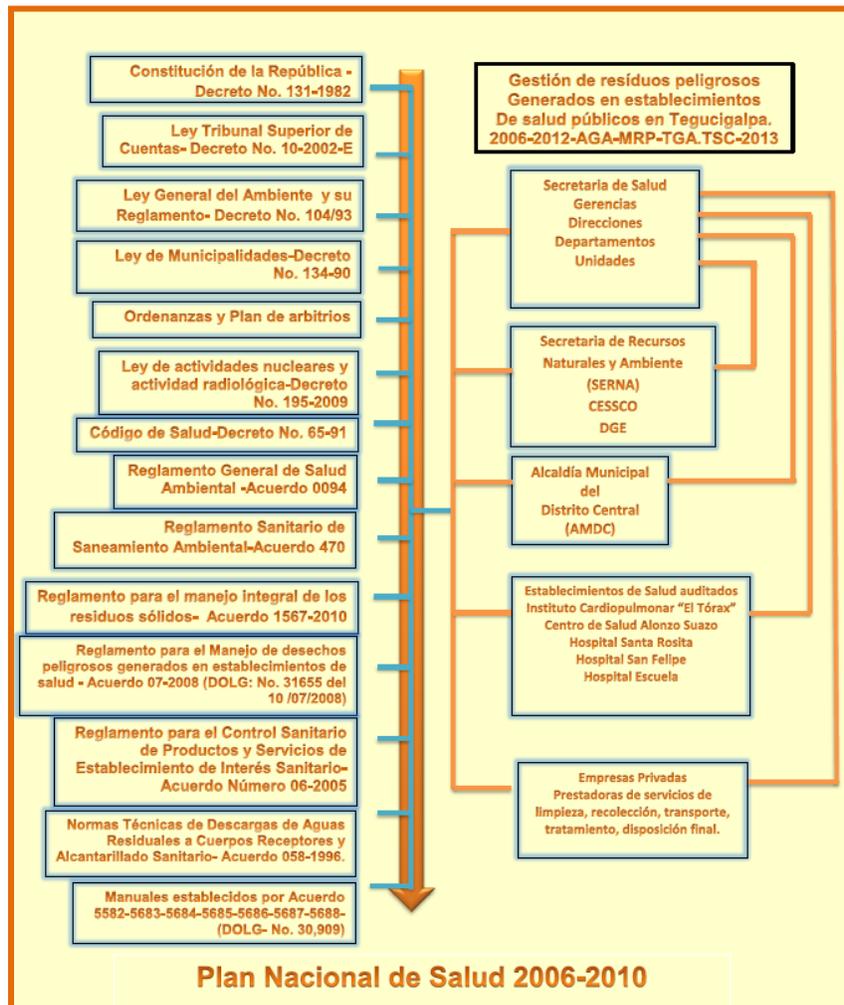
### **Dirección General de Regulación Sanitaria (DGRS)**

Es el conjunto de acciones mediante las cuales el Estado, vía las instituciones públicas autorizadas, aprueba, emite, actualiza, interpreta, aplica y controla el cumplimiento de la normativa legal, técnica, administrativa obligatoria, que deben acatar.

A esta Dirección también le corresponde velar por el cumplimiento de las normas y acuerdos, gestionar o tramitar las licencias sanitarias y realizar la gestión en las intervenciones sanitarias, en materia de gestión sanitaria, ejecutar acciones de evaluación, etc... (Conforme a lo establecido en el Diario Oficial La Gaceta (DOLG), 30909).

Cada una de las dependencias de la Secretaría de Salud cuentan con indicadores de desempeño pero de estos indicadores no hay registros en sus archivos (de las supervisiones, denuncias y monitores) para el caso de accidentes laborales por contaminación producto del mal manejo de los desechos generados en los establecimientos de salud públicos inspeccionados, imposibilitándose determinar si no han existido o no han sido registradas. Lo anterior indispensable para la implementación de planes de mejora continua efectiva para cada establecimiento de salud público y privado que legalmente preste servicios en el país.

## Esquema de la gestión ambiental de los desechos peligrosos generados en los establecimientos públicos de salud.



**RESUMEN.- Competencias institucionales sobre la gestión de desechos peligrosos generados en establecimientos públicos de salud.**

<b>Institución</b>	<b>Entre otras, le corresponde en materia de gestión ambiental y sobre el tema de desechos</b>
Secretaría de Salud	Velar por el cumplimiento de las leyes generales y especiales atinentes al saneamiento básico y contaminación del aire, agua y suelos, y así garantizar un ambiente apropiado de vida para la población ( LGA-104-93-art.74)
Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA)	Controlar las actividades que sean consideradas altamente riesgosas por sus efectos negativos para la salud y el ambiente, así como velar por el cumplimiento de las leyes generales y especiales atinentes al saneamiento básico y contaminación del aire, agua y suelos, y así garantizar un ambiente apropiado de vida para la población (LGA-104-93, art. 28 inciso f) y art. 74)
Alcaldía Municipal del Distrito Central (AMDC)	Le corresponde el Ornato, aseo e higiene municipal, así como la preservación y restauración del equilibrio ecológico y la protección ambiental en relación con los efectos derivados de la recolección y disposición de las basuras (LM-90, art. 13, numeral 3), LGA-104-93, art. 29, inciso c)).
Establecimientos de Salud.	Gestión interna de los desechos sólidos de cada establecimiento así como el manejo de los residuos peligrosos y bioinfecciosos, entendiéndose por manejo el conjunto de operaciones a las que se someten este tipo de desechos hasta su disposición final o exportación fuera del país. (RMIRS-1567-2010, art. 53)
Empresas privadas de limpieza, generación, tratamiento, transporte, recolección y disposición final de residuos o desechos	Prestar los servicios atendiendo a lo establecido en los contratos suscritos con el Estado de Honduras, representadas por las instituciones que han delegado funciones, mas no responsabilidades, en la gestión de este tipo de desechos.

## **b) BASE LEGAL**

Marco Legal Nacional vigente aplicable al período auditado:

- Constitución de la República, Decreto N° 131-1982
- Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas, Decreto N° 10-2002-E
- Ley General del Ambiente y su Reglamento, Decreto N° 104/93.
- Ley de Contratación del Estado, Decreto N° 74-2001
- Reglamento de la Ley de Contratación del Estado, Acuerdo Ejecutivo Numero 055-2002.
- Código de Salud-Decreto N° 65-91
- Reglamento General de Salud Ambiental, Acuerdo 0094
- Ley de Municipalidades, Decreto No. 134-90
- Reglamento Sanitario de Saneamiento Ambiental, Acuerdo 470
- Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos, Acuerdo Administrativo-TSC N° 001/2009
- Reglamento para el Manejo Integral de los Desechos Sólidos, Acuerdo 1567-2010
- Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos Públicos de Salud<sup>7</sup>, Acuerdo 07-2008
- Reglamento para el Control Sanitario de Productos y Servicios de Establecimientos de Interés Sanitario, Acuerdo Número 06-2005
- Normas Técnicas de Descargas de Aguas Residuales a Cuerpos Receptores y Alcantarillado Sanitario, Acuerdo 058-1996.
- Ley de Actividades Nucleares y Actividad Radiológica, Decreto N° 195-2009 Base Técnica/Legal Auditoría anterior:
- Guía sobre Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios, Programa Regional de Desechos Sólidos Hospitalarios, Convenio ALA 91/33. (Modulo 3).

## **F. MISIÓN, VISIÓN Y FUNCIONES DE LA SECRETARÍA DE SALUD**

**MISIÓN:** “Los desafíos que enfrentamos en el Sistema de Salud nos obligan, como trabajadores multidisciplinarios, a fortalecer nuestras acciones en las áreas donde nos desempeñamos y sobre todo a afianzar las mismas en la misión encomendada al Estado.

A la Secretaría en el Despacho de Salud se le ha encomendado la misión fundamental de formular, diseñar, controlar, dar seguimiento y evaluar las políticas, normas, planes y programas nacionales de salud; ejercer la rectoría del Sector; orientar los recursos del Sistema Nacional de Salud; así como promover, conducir y regular la construcción de entornos saludables y el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, el desarrollo y fortalecimiento de una cultura de la vida y salud, la generación de inteligencia en salud, la atención a las necesidades y demandas de salud, la garantía de la seguridad y calidad de bienes

---

<sup>7</sup>(DOLG: No. 31655 del 10 /07/2008).

y servicios de interés sanitario y la intervención sobre riesgos y daños colectivos a la salud.”

**VISIÓN:** “Somos aproximadamente 16.700 trabajadores los que laboramos en la Secretaría de Salud, que día a día emprendemos nuestro que hacer en las múltiples funciones que nos demanda la promoción, protección y rehabilitación de la salud de nuestras comunidades y nuestra gente. De ahí que aspiramos a garantizar condiciones favorables para la salud del pueblo hondureño, mediante la construcción colectiva y la conducción apropiada de un sistema nacional de salud integrado, descentralizado, participativo e intersectorial, con equidad en el acceso, universalidad en la cobertura y con altos niveles de calidad, de oportunidad, eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios” Los Valores Compartidos constituyen los principios sobre los cuales se basan las acciones de desarrollo de la organización. Determinan, en general, los comportamientos individuales y grupales que la alta gerencia considera deseables, permitidos o válidos, para lograr el cumplimiento de la Misión y Visión.

## **FUNCIONES**

- a) Dirigir y conducir el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud; de tal manera que se garantice el cumplimiento de las políticas institucionales y de los objetivos del plan nacional de vigilancia de la salud.
- b) Apoyar la formulación de las políticas y los planes y programas de salud.
- c) Planificar la vigilancia de la salud, a nivel nacional.
- d) Apoyar con información oportuna y soporte técnico, los procesos de dirección y conducción, planificación, regulación, promoción, investigación y evaluación, en el campo de la salud pública.
- e) Promover el intercambio de conocimientos técnico-científicos y de experiencias acumuladas entre los actores del Sistema Nacional de Vigilancia Sanitaria (SINAVIS).
- f) Velar por la efectiva recolección e integración de la información procedente de las distintas fuentes que alimentan el SINAVIS.
- g) Asegurar la elaboración de los análisis, perfiles y proyecciones del estado de salud de la población, según condiciones de vida.
- h) Fortalecer la “participación social”, para mejorar la respuesta social, el trabajo en equipo de los actores clave del SINAVIS y los estilos y condiciones de vida saludables.
- i) Representar a la Secretaría de Salud ante instancias públicas o privadas, nacionales o internacionales, en el ámbito de sus competencias.
- j) Asegurar la calidad de la información para la vigilancia de la salud.
- k) Evaluar y facilitar la mejora continua de los procesos de vigilancia de la salud.
- l) Facilitar el desarrollo de competencias técnicas y gerenciales para la vigilancia de la salud, en el nivel intermedio y local.
- m) Promover y realizar estudios e investigaciones prioritarias sobre la situación de salud de la población, en coordinación con otras instancias institucionales.

- n) Gestionar de manera efectiva y oportuna, la divulgación de los resultados de la vigilancia de la salud a los actores sociales clave.
- o) Impulsar y apoyar el desarrollo de recursos humanos del SINAVIS.
- p) Asegurar la calidad de la información laboratorial para la vigilancia de la salud.
- q) Definir, implementar o recomendar, las medidas de prevención y control de los eventos y factores de riesgo, que constituyan problemas para la salud pública.
- r) Velar por el cumplimiento de las normas y acuerdos nacionales e internacionales de vigilancia de la salud.
- s) Evaluar el riesgo y dirigir las acciones de vigilancia de la salud, en caso de epidemias y desastres, producto de eventos naturales o de la acción del hombre, y de otras emergencias sanitarias.
- t) Apoyar la evaluación de la eficacia y/o la efectividad de las medidas de prevención y control, realizadas en el campo de la salud pública.
- u) Asegurar el adecuado aprovisionamiento de los recursos físicos, humanos y financieros que requiere la Dirección General de Vigilancia para la Salud (DGVVS), y velar por su uso efectivo. Además, debe apoyar la consecución de tales recursos en los niveles intermedio y local, para la vigilancia de la salud.
- v) Implementar y dar seguimiento a las directrices emanadas por las autoridades superiores de la Secretaría de Salud.
- w) Cumplir el marco legal vigente, en especial, el Código de Salud y sus reglamentos, la Ley de Administración Pública y la Ley de Administración Financiera.
- x) Brindar la información de carácter administrativo y financiero, requerida por los entes auditores.

## **G. ESTRUCTURA ORGÁNICA DE LA ENTIDAD**

La estructura organizacional de la institución está constituida de la manera siguiente:

Nivel Directivo:	Secretaría de Salud
Nivel Ejecutivo:	Secretaría General
Nivel Técnico:	Hospitales, Direcciones Sanitarias Departamentales
Nivel administrativo:	Gerencia Administrativa
Nivel de Asesoría:	Auditoría
Nivel de operativo y de Apoyo:	Sub-Secretaría de riesgos poblacionales Sub-Secretaría de redes y servicios Sub-Secretaría de Política Sectorial

Organigrama de la Entidad (**Ver Anexo N° 3**)

## **H. FUNCIONARIOS Y EMPLEADOS PRINCIPALES**

Se solicitó a la Secretaría de Salud el listado de los principales funcionarios y empleados que fungieron en la institución durante el período auditado, pero este no fue proporcionado.

## CAPÍTULO II COMENTARIOS DEL EXAMEN

### A. LOGROS GENERALES DE LA GESTIÓN SOBRE EL MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En la actualidad se cuenta con documentos técnicos de referencia de buena calidad, en los cuales se ha invertido esfuerzo y tiempo por parte de algunas de las entidades auditadas, algunos de los esfuerzos coordinados por las instituciones del Estado son:

- a) Análisis Sectorial de Residuos Sólidos. Honduras. 2010, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, SERNA, Secretaría de Salud.
- b) Diagnóstico de la Cadena Productiva de Desechos Sólidos en Honduras; 2012. Elaborado por la Unión Europea.
- c) Informe sobre situación actual de la gestión integral de los residuos sólidos en Honduras, 2012. Elaborado por SERNA, Organización de las Naciones Unidas/hábitat, Asociación Centroamericana para la Salud y el Ambiente (ONU/HABITAT, ACEPESA).
- d) Manual para la gestión integral de los residuos sólidos. USAID/HN/DF-CAFTA.

### B. MEDICIÓN DE LA EFICIENCIA EFICACIA Y ECONOMÍA:

La medición de la eficiencia, eficacia y economía implica una conducción adecuada de las actividades organizacionales, haciendo un uso apropiado de los recursos disponibles y atendiendo las mejores prácticas y el ordenamiento jurídico, lo que idealmente debe conducir al logro de los objetivos al menor costo.

Para la evaluación general sobre la gestión ambiental a los residuos peligrosos generados en establecimientos públicos de salud del Distrito Central, se determinaron 3 líneas de investigación, las cuales fueron evaluadas mediante entrevistas a técnicos responsables que colaboraron con el equipo de auditoría, registros bibliográficos, comentarios durante las entrevistas e inspecciones de campo, aplicación de formatos de Auditoría basados en criterios legales, entre otros.

Para las Auditorías de gestión ambiental con enfoque temático, es indispensable que las instituciones intervenidas cuenten con datos cronológicos y estadísticos verificables (registros de indicadores de desempeño). Tal como se detalla en los hallazgos, las instituciones intervenidas no cuentan con información oficial que valide las cantidades de residuos generados en cada establecimiento de Salud<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> .- **Eficiencia:** este concepto abarca no solo el logro de objetivos en el tiempo establecido sino que también la optimización de los recursos.- **Eficacia:** Cumplimiento de los objetivos y metas programadas en un tiempo establecido.

En los casos particulares de algunos establecimientos de salud que tienen bajo contrato privado el servicios de limpieza, no se cuenta con registros de las supervisiones, controles, presupuesto, monitoreo, vigilancia y/o sanciones en el período 2006-2012.

En términos generales la gestión sobre el manejo de los desechos peligrosos generados en los establecimientos públicos de salud del Distrito Central no ha sido efectiva, considerando que aún hay disposiciones técnicas, administrativas y operativas que siguen siendo incumplidas desde el 2006 a la fecha.

## **CAPÍTULO III**

### **CONTROL INTERNO**

#### **A. DEFICIENCIAS DE CONTROL INTERNO**

El Control Interno es un proceso permanente y continuo realizado por la dirección, gerencia y otros empleados de las entidades públicas y privadas, con el propósito de asistir a los servidores públicos en la prevención de infracciones a las leyes y a la ética, con motivo de su gestión y administración de los bienes nacionales.

En esta ocasión y por ser una Auditoría de gestión ambiental con enfoque temático, se determinó que las líneas de investigación se orientarían a la verificación del cumplimiento de la Legislación Nacional Vigente en el período auditado. No se aplicaron formatos de Auditoría para evaluar el control interno.

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DEL EXAMEN

#### A) HALLAZGOS POR INCUMPLIMIENTO A NORMAS, LEYES, REGLAMENTOS Y OTROS

##### 1. LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD INSPECCIONADOS NO CUENTAN CON LICENCIA SANITARIA NI SE LE HAN PRACTICADO AUDITORÍAS AMBIENTALES

El Código de Salud establece entre otras cosas...que: “...para la instalación y funcionamiento de toda clase de establecimientos se requiere de una Licencia Sanitaria expedida por la autoridad competente en este caso la Secretaría de Salud” y de igual forma la Ley General del Ambiente y su Reglamento mencionan que todos los proyectos que iniciaron operaciones antes de 1993 deben contar con una auditoría ambiental. De acuerdo con las investigaciones realizadas durante la presente auditoría, se constató que los establecimientos de salud seleccionados (Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe, Instituto Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y Centro de Salud Alonso Suazo) no cuentan con la respectiva licencia sanitaria ni se les ha efectuado auditorías ambientales.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Código de Salud Artículo N° 222
- Ley General del Ambiente Artículo N° 108
- Reglamento General de Salud Ambiental Artículo N° 171
- Reglamento de la Ley General del Ambiente Artículo N° 140
- Reglamento para el Control Sanitario de Productos y Servicios de Establecimientos de Interés Sanitario Artículos N° 3 incisos hhh y qqqq y 70.

Sobre el particular, se solicitó la causa de la deficiencia anteriormente mencionada según Oficio Presidencia/TSC 778-2013 de fecha 21 de Febrero de 2013, a la Doctora Roxana Araujo, Secretaria de Estado en los Despachos de Salud; quien respondió mediante Oficio N° 428-SS del 28 de febrero del 2013; lo siguiente: “...Relacionado con los permisos o licencias sanitarias de los hospitales nacionales siguientes:

- 1) Hospital Escuela
- 2) Hospital General San Felipe
- 3) Instituto Cardiopulmonar
- 4) Hospital Psiquiátrico Santa Rosita
- 5) Centro de Salud Alonzo Suazo

Los anteriormente enunciados, se les ha realizado inspecciones de verificación y control, así como para el manejo de desechos sólidos peligrosos generados en

*los establecimientos de salud, los cuales tienen un plan de habilitación para su cumplimiento.*

*Cabe mencionar que los mismos, no cuentan con Licencia Sanitaria Vigente, y que esta Dirección General, a la fecha, no ha sancionado a ninguno de ellos, porque el mismo Estado, no les ha otorgado suficientes recursos financieros y técnicos para que puedan cumplir los estándares.*

*Estos establecimientos tienen una gran afluencia de pacientes, no solamente de Francisco Morazán sino de nivel nacional pues son hospitales de referencia, por tal razón el exigir por parte de la Dirección General de Regulación Sanitaria el cumplimiento del 100% de las normas y estándares establecidos en la institución para el funcionamiento adecuado de los mismos, dejaría sin atención a las miles de personas que acuden a estos centros hospitalarios, violentando los preceptos jurídicos de la Constitución de la República, del artículo 145 que reconoce el derecho a la salud, y que según el artículo 1 del Código de Salud, al Estado le corresponde por medio de la Secretaría de Salud asegurar la salud población.*

*En base a lo anterior la Dirección General de Regulación Sanitaria, ha considerado incluirlos en el plan a corto plazo, de validación técnica de los estándares de licenciamiento para los establecimientos de salud pública y privados a nivel nacional. Los mismos habrán de implementarse posterior a esta etapa. Este proyecto es de gran importancia para la salud del país y está apoyado financieramente por los organismos internacionales (BID) e impulsará la elaboración de las especificaciones arquitectónicas, para la infraestructura, calidad de los servicios logrando normalizar los establecimientos de salud de todos los niveles del sector”.*

*Sobre el por qué los establecimientos públicos de salud del Distrito Central carecen de su correspondiente Auditoría Ambiental, se solicitó mediante Oficio Presidencia/TSC 652-2013 de fecha 11 de Febrero de 2013, al Doctor Rigoberto Cuellar, Secretario de Estado en el Despacho de Recursos Naturales y Ambiente; quien respondió mediante Nota DS-0158-2013 adjuntando Memorando SG-40/2013 lo siguiente: numeral 1 “... Sobre el Listado y Copia de los Registros de Permisos u Autorizaciones Ambientales o Auditorías Ambientales emitidos por la SERNA, Período 2006-2012, de los establecimientos siguientes: Hospital Escuela, Instituto Cardiopulmonar “El Tórax”, Hospital San Felipe, Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y Centro de Salud Alonzo Suazo.*

*Al respecto no se cuenta en la Base de Datos, con expedientes que contengan Solicitudes de Licencias Ambientales para la viabilización ambiental de dichos centros hospitalarios; sin embargo, existen Autorizaciones, correspondientes a construcciones de clínicas Materno-Infantil de Emergencias, ubicadas en el Departamento de Intibucá, en los Municipios de Jesús de Otoro e Intibucá. Así mismo, consta como Solicitud de Muro Histórico Perimetral del Hospital San Felipe en el Municipio del Distrito Central, Departamento de Francisco Morazán*

*bajo los números de Expediente 2009-A-354, 2009-A-358 y 2010-A-435, respectivamente.*

*Cabe aclarar que los establecimientos hospitalarios referidos por el Tribunal Superior de Cuentas (TSC), datan de períodos anteriores a la vigencia de la Ley General del Ambiente, con lo cual y de acuerdo con lo establecido en los Artículos 108 de la Ley General del Ambiente y 140 de su Reglamento, los proyectos estuvieran en operación tenían seis (6) meses a un (1) año para regularizar su situación. En ese contexto es necesario manifestar que si ello no ha ocurrido, esta Secretaría no tiene facultades para obligar a los diferentes proyectos públicos o privados para que lleven a cabo la mencionada regularización, aspecto que además de agrava por la falta de presupuesto para realizar inspecciones de oficio.”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Si bien es cierto que la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente no tiene las facultades para obligar a los diferentes proyectos públicos o privados para que lleven a cabo la regularización (auditorías ambientales), como lo manifiesta el Doctor Cuellar en la nota de causa, pero si puede coordinar con la Secretaría de Salud para que ésta Secretaría realice las gestiones del caso para que se efectúe la auditoría ambiental para los establecimientos públicos de salud, especialmente aquellos que son de gran magnitud y que ofrecen a los pacientes todas las especialidades, es más hasta pueden hacer alianzas estratégicas con la SERNA para obtener dichos permisos y en conjunto colaborar en disminuir los niveles de contaminación generados por las diferentes actividades que se realizan en los hospitales y por ende el riesgo a enfermedades disminuye.

El no contar los establecimientos de salud con su respectiva licencia sanitaria impide que se regulen las condiciones de inocuidad, eficacia y seguridad de los productos, servicios y establecimientos de interés sanitario. De igual forma si no se han llevado a cabo auditorías ambientales a los establecimientos públicos de salud es imposible contar con un plan de prevención y mitigación para regular las actividades de dichos establecimientos, determinar el riesgo de contaminación producto de sus instalaciones considerando que en este tipo de establecimientos se requiere de infraestructura especial y de procedimientos específicos para el tratamiento correcto de los desechos generados, lo que podría garantizar condiciones ambientales adecuadas dentro y fuera de cada uno de estos establecimientos.

### **Recomendación N°1**

#### **Al Secretario de Estado en el Despacho de Salud**

- 1.1 Coordinar con los Establecimientos Públicos de Salud el otorgamiento de las licencias sanitarias, y requerir dicho documento a los establecimientos de salud privados.

- 1.2 Solicitar ante la institución competente la realización de auditorías ambientales en los establecimientos de salud públicos y privados del país.
  - 1.3 Realizar alianzas estratégicas con la SERNA para que lleve a cabo las auditorías ambientales en los principales establecimientos públicos de salud.
  - 1.4 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.
- 2. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO EXISTE UN CONTROL DE VACUNACIÓN CONTRA LA HEPATITIS A, B Y C PARA EL PERSONAL QUE TRABAJA EN LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS**

En la inspección in situ efectuada al Centro de Salud Alonso Suazo, se comprobó que éste no tiene un control de vacunación contra la hepatitis A, B y C para el personal que trabaja en la recolección y manejo de desechos y que están expuestos a contaminantes infecciosos.



**Imagen No. 3** Expediente de vacunación Influenza y Neumococo Nov. 2012, que fueron la muestra presentada al Auditor.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo XIII, Artículo N°80 inciso 1).

Sobre el particular se solicitó la causa al Doctor Wilson Mejía Murillo, Jefe del Centro de Salud Alonso Suazo, mediante Oficio Presidencia/TSC1071-2013 de fecha 13 de marzo de 2013, quien dio respuesta con oficio sin número de fecha 18 de Marzo 2013 manifestando lo siguiente: “ *solo se aplica la vacuna contra Hepatitis B y en la visita del representante del TSC, se le facilito el documento del registro de dicha vacuna, respecto a Hepatitis A y C no tenemos ni hemos tenido ya que la Secretaría no la proporciona. A pesar de contar con la vacuna de hepatitis B, la cobertura en el personal institucional es baja debido a la apatía de los servidores públicos que laboran en el establecimiento*”.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En la inspección se nos proporcionaron los registros de vacunación de la vacuna de la influenza que fue aplicada en noviembre del 2012, no así el de la hepatitis B. de acuerdo a lo manifestado por el Jefe del Centro de salud la Secretaría de Salud, no tiene en su esquema de vacunas contemplada este tipo de vacunas porque su costo es muy oneroso.

**Recomendación N° 2**

**Al Secretario de Estado en el Despacho de Salud**

- 2.1 Vacunar al personal que trabaja en la recolección y manejo de los desechos hospitalarios contra la hepatitis A, B y C.
- 2.2 Llevar un registro y archivar las vacunas aplicadas al personal, tal como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud
- 2.3 Concientizar a todo el personal que trabaja en la recolección y manejo de desechos peligrosos que se vacune como lo describe el artículo 80 inciso (1) del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos y al mismo tiempo hacer recordatorios periódicos a dicho personal de la aplicación de las vacunas correspondientes.
- 2.4 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## B) HALLAZGOS QUE DAN ORIGEN A LA DETERMINACIÓN DE RESPONSABILIDADES

### 1. LA SECRETARÍA DE SALUD NO PROPORCIONÓ INFORMACIÓN SOLICITADA POR EL TRIBUNAL SUPERIOR DE CUENTAS

En el proceso de ejecución de la auditoría se requirió información a la Secretaría de Salud, siguiendo el procedimiento establecido. Al cierre de la Auditoría no hubo respuesta de dichas solicitudes detalladas a continuación:

Institución	Información Requerida	Nº Oficio	Fecha Solicitud	Observaciones
Secretaría de Salud	Listado oficial del personal directivo 2006-2012	Presidencia/TSC-378/2013	28/01/2013	No se entregó el listado del personal que laboró en la Secretaría durante el período auditado.
		Presidencia/TSC-651/2013	11/02/2013	
		Presidencia/TSC-730/2013	18/02/2013	

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas: **Artículo 100 reformado, numeral 2 de la Ley Orgánica del Tribunal Superior de Cuentas.**

Mediante Oficio Presidencia/TSC-378/2013 de fecha 28 de enero del año 2013, se le solicitó información oficial a la Señora Ministra Roxana Araujo, Titular de la Secretaría de Salud referente al listado oficial del personal directivo durante el período 2006-2012, quién no contestó, requiriéndoselo por segunda vez Mediante Oficio Presidencia 651/2013 de fecha 11 de febrero del año 2013, al no contestar se le solicitó por tercera vez, mediante Oficio Presidencia/TSC 730/2013, del cual no se obtuvo respuesta.

Al no entregar la información solicitada por este Tribunal, se entorpece la gestión administrativa de cada auditoría, y el buen desarrollo de la misma.

#### **Recomendación Nº 1**

#### **Al Secretario de Estado en el Despacho de Salud**

- 1.1 En próximas intervenciones que efectúe el Tribunal Superior de Cuentas, oficializar la relación de trabajo entre la Comisión de éste Ente y la Secretaría mediante la asignación de un enlace que se responsabilice por la coordinación, entrega y colaboración durante todo el proceso de la Auditoría, informando a la máxima autoridad de los requerimientos y necesidades de la misma y así, evitar futuras responsabilidades por no entregar información, no

hacerlo en tiempo ni en forma o por no informar cualquier inconveniente que pudiera presentarse.

1.2 Facilitar toda la información solicitada por el Tribunal Superior de Cuentas en tiempo y en forma.

1.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**2. LA SECRETARÍA DE SALUD, NO VERIFICA EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS CON LAS EMPRESAS DE LIMPIEZA ASIGNADAS A LOS ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS DE SALUD DEL DISTRITO CENTRAL, POR NO TENER CONFORMADA LA COMISIÓN INTEGRADA POR LA EMPRESA DE LIMPIEZA, SECRETARÍA DE SALUD Y UN REPRESENTANTE DEL HOSPITAL**

De acuerdo con las investigaciones realizadas, se constató que la Secretaría de Salud no verifica el cumplimiento de las cláusulas contractuales, específicamente la cláusula séptima que describe como se deben manejar los residuos generados en los Establecimientos de Salud, y además las empresas de limpieza deben contar con personal capacitado y certificado para el manejo de los desechos hospitalarios, la cual está comprendida en los contratos suscritos entre la Secretaría de Salud y las Empresas de Limpieza e Higienización que efectúan el manejo de los desechos generados en los siguientes hospitales: Hospital Escuela Universitario, Hospital General San Felipe, Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y El Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), además la Secretaría de Salud no realiza las inspecciones que se encuentran estipuladas en la cláusula novena de los contratos en la cual se manifiesta que la Secretaría de Salud a través de los organismos contralores y ejecutores está facultada para realizar inspecciones periódicas, para determinar si el servicio se está ejecutando de forma eficiente y de acuerdo a las cláusulas del contrato respectivo. También no ha conformado la comisión que efectúe la labor de supervisión, la cual estará integrada por representantes de la Empresa de limpieza, Secretaría de Salud y miembros del Hospital que está recibiendo el servicio y otros delegados que estime conveniente, además en la cláusula novena menciona que la comisión elaborará un informe indicando a la empresa las deficiencias encontradas y se le dará cinco días para que solucione las mismas, dichos informes no existen en ningún hospital y tampoco en la Secretaría de Salud, al menos no fueron proporcionados cuando se solicitaron. A continuación se detallan algunas deficiencias encontradas en las inspecciones in situ realizadas a los hospitales antes mencionados:

### **Para el Hospital Escuela Universitario**

1. No existe una adecuada segregación de los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario (HEU).
2. Las bolsas y recipientes utilizados para el depósito de los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario, no reúnen las características y condiciones adecuadas.
3. Los recipientes y bolsas donde se depositan los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario no están etiquetados.
4. En el Hospital Escuela Universitario el transporte interno de los desechos no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
5. El transporte externo de los desechos del Hospital Escuela Universitario no cumple con las condiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
6. Los desechos químicos producidos en los laboratorios, no son manejados de acuerdo a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
7. Los desechos líquidos generados en el Hospital Escuela Universitario son depositados en el alcantarillado sanitario.

**(Ver Anexo N°4)**

### **Para el Hospital General San Felipe**

1. Los recipientes y bolsas destinados para el depósito de los desechos no están etiquetados con el símbolo universal de peligrosidad.
2. Los desechos peligrosos no se depositan en recipientes rígidos de tapa accionada por pedal.
3. El carro manual que utilizan en el Hospital General San Felipe para el transporte interno de los desechos bioinfecciosos no está rotulado.
4. No existe un horario y frecuencia para el traslado de los desechos peligrosos del depósito de almacenamiento intermedio al depósito de almacenamiento temporal.
5. El vehículo de recolección y transporte externo de los desechos peligrosos generados en el Hospital General San Felipe no reúne las características establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
6. El personal de limpieza y mantenimiento encargado del manejo de desechos peligrosos no cuenta con los certificados médicos establecidos en Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

**(Ver Anexo N°5)**

### **Para el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

1. Los recipientes y bolsas en los que depositan los desechos peligrosos no cumplen con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.
2. Deficiencias en la recolección y transporte interno de los desechos hospitalarios.
3. Al momento de efectuar sus labores los empleados de la compañía CHIC no cumplen las medidas de seguridad.
4. No se han establecido las rutas, frecuencias y horarios para el transporte externo de los desechos peligrosos.
5. El vehículo para el transporte externo de los desechos peligrosos no cumple con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.
6. Los desechos líquidos generados en el Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital el Tórax) son vertidos en el alcantarillado público.  
**(Ver Anexo N°6)**

### **Para el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

1. Las bolsas donde se depositan los residuos peligrosos generados en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, no se colocan en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal.
2. Los desechos de vidrio no contaminado son colocados en recipientes que no reúnen las disposiciones indicadas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
3. Los desechos infecciosos y patológicos no son segregados como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
4. Los envases plásticos que contienen desechos punzo cortantes no son etiquetados.
5. El Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no cuenta con un horario y frecuencia para trasladar los desechos hospitalarios hasta su disposición final.  
**(Ver Anexo N°7)**

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley de Contratación del Estado, Artículo N° 86
- Contratos de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales para los hospitales, Cláusulas séptima y novena.
- Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos, TSC-NOGECI V-01 Prácticas y Medidas de Control, TSC-NOGECI V-02 Control Integrado, TSC-NOGECI V-04 Responsabilidad Delimitada, TSC-NOGECI V-09 Supervisión Constante.

Sobre el particular, se solicitó la causa de lo anteriormente descrito mediante

Oficio Presidencia/TSC 1425-2013 de fecha 11 de Abril de 2013, a la Doctora Roxana Araujo, Secretaria de Estado en el Despacho de Salud; quien respondió, mediante Oficio N° 928-2013-SS del 18 de abril del 2013; lo siguiente: en el numeral 1-*“De conformidad con lo establecido en el Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización suscritos entre la Secretaría de Salud y las empresas prestadoras del servicio, cada hospital beneficiario realiza las inspecciones o supervisiones del caso, incluyendo el manejo de los desechos sólidos, infecciosos y especiales. Para cumplir con este propósito, en los Hospitales existe el Comité de Bioseguridad Hospitalaria y específicamente el Subcomité de Manejo de Desechos Hospitalarios, responsable de velar por la seguridad de los pacientes y empleados que están expuestos a los riesgos por el inadecuado manejo de los desechos hospitalarios.*

Numeral 2: *“Actualmente está en curso el proceso de licitación de los servicios de limpieza e higienización hospitalaria y se incluye el énfasis en el manejo y supervisión de los desechos, disponiéndose para ello del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud y del apoyo del personal técnico del Departamento de Hospitales del Nivel Central de esta Secretaría.*

Numeral 3:” *Para comprobar que los servicios de limpieza e higienización y manejo de los desechos sólidos, infecciosos y especiales de los hospitales, en el presente año se tienen previstas supervisiones mediante comisión conformada por representantes de la Gerencia Administrativa, Auditoría Interna, Departamento de Hospitales, como de la Unidad Ejecutora, se tiene previsto realizar en el presente año las supervisiones siguientes:*

- + *Hospital Escuela: 29 de Abril y 15 de octubre de 2013*
- + *Hospital San Felipe: 02 de mayo y 17 de octubre de 2013*
- + *Hospital Santa Rosita: 06 de mayo y 22 de octubre de 2013*
- + *Instituto Cardiopulmonar: 08 de mayo y 24 de octubre de 2013”*

Para ampliar la respuesta sobre la supervisión que realiza la Secretaría de Salud, se solicitó la causa mediante Oficio Presidencia/TSC 686-2013 de fecha 11 de Febrero de 2013, a la Doctora Roxana Araujo, Secretaria de Estado en el Despacho de Salud; quien contestó mediante Oficio N° 428-SS del 28 de febrero del 2013; lo siguiente: *“... En base al reglamento en mención, elaboramos la “Guía de Inspección Sanitaria para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud”, estándares mínimos de cumplimiento obligatorio previo a la obtención de Licencia Sanitaria exigidos en los establecimientos de salud públicos y privados, dedicados a la prevención, curación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la salud a nivel nacional.*

*La Guía se creó con el propósito de fomentar las condiciones de seguridad sanitaria de los pacientes y recurso humano, así como la protección del ambiente. La Guía ha sido aplicada en establecimientos de nivel privado, dejando copias de las mismas a los responsables.*

- *A los hospitales públicos de Tegucigalpa, se les facilito el instrumento para su autoevaluación los cuales están pendientes de inspección.*
- *A la fecha no se ha tenido respuesta de las inconformidades encontradas al momento de aplicación de la Guía, motivado por las condiciones financieras que han determinado priorizar la atención a otros rubros; no obstante, se realizan esfuerzos al organizar y capacitar a los comités de bioseguridad y de otras instancias para dar cumplimiento en diferentes etapas al reglamento en mención, capacitando de forma permanente y continua en el tema mencionado al personal hospitalario, administrativo y de limpieza.*
- *... Las inspecciones de los hospitales no está desconcentrada en la veinte (20) Regiones Sanitarias Departamentales, dichos establecimientos por su grado de complejidad requieren de mayor capacidad técnica-profesional para dar respuesta a la demanda.*
- *... La inspectoría sanitaria se encuentra debilitada debido a la existencia de poco personal de carácter permanente, la inestabilidad y rotación de recurso humano que pueda hacer las inspecciones, con la capacidad técnica requerida.*
- *Los técnicos que inspeccionan los establecimientos de salud también realizan las funciones con igual o mayor relevancia como comisiones intra e interinstitucionales como extramurales”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Aún con la amplia explicación que se brinda en las diferentes notas de causa, conforme a las deficiencias encontradas en cada uno de los hospitales auditados queda evidenciado que la Secretaría de Salud no verifica el cumplimiento de los contratos a través de inspecciones, porque si se hicieran dichas inspecciones tal como lo estipulan los contratos en primer lugar las empresas de limpieza estuvieran cumpliendo con lo estipulado en los mismos y en el reglamento para el manejo de desechos peligrosos en establecimientos de salud y no se hubieran encontrado las deficiencias antes mencionadas, por otro lado; existieran informes elaborados por la comisión de inspección en donde se le da a la empresa de limpieza un período de cinco días para enmendar las deficiencias señaladas por la comisión.

El que la Secretaría de Salud no efectúe acciones encaminadas a supervisar y a realizar inspecciones periódicas para verificar el cumplimiento de los contratos de las empresas que prestan los servicios de limpieza e higienización y manejo de los desechos sólidos en los establecimientos de salud (hospitales), ocasiona que éstas no cumplan con las responsabilidades suscritas en los contratos.

## **Recomendación N° 2**

### **Al Secretario de Estado de la Secretaría de Salud**

2.1 Conformar la comisión para supervisar e inspeccionar las labores que efectúan las empresas de limpieza contratadas para el manejo de los

desechos hospitalarios en los establecimientos de salud y verificar el cumplimiento de cada una de las responsabilidades adquiridas bajo la suscripción de los contratos.

- 2.2 Efectuar un análisis por establecimiento de salud, para determinar si la empresa que presta los servicios de limpieza e higienización y manejo de los desechos peligrosos cumplió con las cláusulas establecidas en los contratos previo a una nueva adjudicación de los servicios después del debido proceso de licitación.
- 2.3 En todo proceso de licitación que la Secretaría de Salud realice sobre el tema de esta auditoría, deberá contar con la presencia de un miembro del Departamento de Hospitales de la Secretaría de Salud, para que les asesore en materia técnica sobre los contratos a suscribir.
- 2.4 Las empresas prestadoras del servicio de limpieza con las que suscriban contratos, deberán contar con personal capacitado, debidamente certificado por cualquiera de las Instituciones públicas de formación profesional del país sobre el tema abordado en esta auditoría.
- 2.5 Verificar que en los establecimientos públicos de salud, se realice una adecuada segregación de los desechos sólidos hospitalarios, asimismo, verificar que las bolsas que se utilizan en los establecimientos públicos de salud para el almacenamiento de los mismos, sean etiquetadas y también estén acorde a las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
- 2.6 Verifique el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## C) HALLAZGOS ENCONTRADOS EN LOS HOSPITALES

A continuación se detallan los hallazgos encontrados en cada uno de los Establecimientos Públicos de Salud evaluados, seleccionados conforme a la muestra determinada. Para efectos de supervisión de la Secretaría de Salud, se señalan a continuación:

### I. HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO

#### 1. NO EXISTE UNA ADECUADA SEGREGACIÓN DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO (HEU)

De acuerdo a la inspección realizada en las diferentes salas del Hospital Escuela Universitario, se comprobó que el procedimiento de segregación de desechos peligrosos presenta deficiencias en la clasificación (mezcla de todo tipo de desechos: sólidos, líquidos, comunes y peligrosos), separación, (infecciosos, patológicos, químicos, punzocortantes), envase (vidrio no contaminado, plástico) y rotulación, según lo establecido en el reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 12, N° 17, N° 21, N° 22 y N° 25.

Sobre el particular mediante Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa por la cual no existe una adecuada segregación de los desechos peligrosos generados por el Hospital Escuela Universitario, a lo que el Director contestó mediante Oficio N° 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente: *"...Numeral 1: En el Hospital se ha realizado una fuerte campaña para la segregación de los desechos en el personal de salud, producto de ello es la notable mejoría que se ha tenido en el manejo de los corto punzantes, desafortunadamente nuestro hospital tiene una tremenda limitante con la gran cantidad de personas (alrededor de 8,000) que diariamente circulan en el hospital, y como usted sabe tenemos grandes problemas con la parte cultural de nuestra población, por lo que es difícil realizar una adecuada segregación, sin embargo nuestro personal ha mejorado enormemente en ese aspecto y se está trabajando en solventar esta problemática..."*

Al no efectuarse adecuadamente la segregación de desechos peligrosos, pone en riesgo la salud de los pacientes, visitas y personal del hospital, impidiendo con esto el derecho que tienen las personas a un ambiente

sano, ya que es deber del Estado velar por la salud de la población y protección del medio ambiente. Además al unir los desechos comunes con los desechos peligrosos, se transforman los primeros en desechos peligrosos también, generando así, mayor cantidad de estos últimos.

### **Recomendación N° 1**

#### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 1.1 Requerir a la empresa que les brinda el servicio de limpieza para que realice una correcta segregación de los desechos hospitalarios tal y como lo estipula el reglamento creado para tal fin, separando los desechos comunes de los desechos peligrosos.
- 1.2 Desarrollar un proceso permanente de información, sensibilización y capacitación para la comunidad hospitalaria y público en general a fin de modificar en ellos prácticas, hábitos y actitudes.
- 1.3 Establecer responsabilidades directas y por escrito a los empleados de enfermería y servicios generales del Hospital Escuela Universitario (previa capacitación en manejo de desechos peligrosos), para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del Hospital, realizando acciones operativas para el manejo adecuado de este tipo de desechos y verificar el cumplimiento de las mismas.
- 1.4 Verificar el cumplimiento de las instrucciones y recomendaciones giradas anteriormente, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **2. LAS BOLSAS Y RECIPIENTES UTILIZADOS PARA EL DEPÓSITO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, NO REUNEN LAS CARACTERÍSTICAS Y CONDICIONES ADECUADAS**

Al inspeccionar las diferentes áreas del Hospital Escuela Universitario, se constató que las bolsas y recipientes utilizadas para el depósito de los desechos peligrosos generados en el mismo, no reúnen las características y condiciones adecuadas tal y como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud, si bien las bolsas usadas son de color rojo éstas no cumplen con las especificaciones establecidas, tales como espesor, color, capacidad y tipo de material, (lo que también se pudo comprobar al revisar el inventario de las bolsas en la bodega de materiales de la empresa prestadora del servicio), además se constató que las mismas son reutilizadas. Se observó que a veces reutilizan las bolsas de empaque de casas comerciales de cualquier tipo y color (**ver fotografía A**), por otra parte estas no son

colocadas en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal y en muchos casos superan el 75% de su capacidad (**ver fotografía B**).

Asimismo como parte de la investigación, se verificó que estas deficiencias se observan desde años anteriores y aun hoy día se hacen presentes, tal como se detalla a continuación:

- El Oficio N°23-2011-DEHE de fecha 3 febrero de 2011 emitido por la Doctora Rosa Kafati, Jefe del Departamento de Epidemiología, adjunta el Informe General de la Supervisión de la Gestión Operativa del Manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios en el Hospital Escuela correspondiente al Año 2010, el cual señala en el inciso “d) *Las bolsas utilizadas para la disposición de desechos comunes y peligrosos en su mayoría no reúnen los requisitos técnicos especificados en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, en cuanto a su espesor*”,.
- El Oficio 0106-2013 DGS-HEU, de fecha 21 de enero de 2013 emitido por el Licenciado Fredal Merlo Liconá, Jefe del Departamento de Servicios Generales y enviado a la Empresa de limpieza CODELEX, manifiesta: “...hago de su conocimiento con suma preocupación que durante las supervisiones realizadas en las diferentes jornadas y salas de esta institución hemos observado que mucho de su personal de limpieza reutiliza las bolsas de basura”.
- En el Oficio 0304-2013 DSG-HEU de fecha 22 marzo del 2013 emitido por el Licenciado Fredal Merlo Liconá, Jefe del Departamento de Servicios Generales y su adjunto (emitido por el encargado de D.S.H.), en el primer punto, manifiesta que: “*Continúa la reutilización de bolsas en todas las áreas de hospitalización, esta situación representa un riesgo a la salud y medioambiente sobre todo en áreas críticas y semicríticas*”.
- En el informe referente a la supervisión general de la Gestión Operativa del Manejo de los Desechos Generados en el Hospital Escuela Universitario (BMQ-BMI) durante el mes de noviembre de 2012, elaborado por Hermann Mejía, Supervisor General Gestión Operativa del manejo de los DSH, en el numeral 3, refiere: “...3) *reutilización de bolsas: Esta práctica aún se realiza en muchas áreas hospitalarias, lo que evidencia una falla en la supervisión a (CODELEX), en la adecuada distribución según las demandas de las diferentes salas, unidades y servicios al personal de limpieza...*”



**Imagen N°1:** Obsérvese el tipo de bolsas y recipientes que utilizan en el Hospital, las cuales no reúnen las características y condiciones establecidas por el Departamento de Epidemiología del Hospital Escuela Universitario, (ver bolsa sugerida **C**)).

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 13, N° 14, N°16, N° 22, N° 23, N° 24, N° 26 y N° 27.

Sobre el particular se solicitó mediante Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013 la causa del por que las bolsas y recipientes utilizados para el depósito de los desechos generados en el Hospital Escuela Universitario, no reúnen las características y condiciones adecuadas. El Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, contestó mediante Oficio # 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente: "... Numeral 2: No se nos refiere las micras detectadas en el espesor de las bolsas, pero debido a esta importante observación estamos considerando contar con un micrómetro para que sea parte del instrumental que el equipo que realice la supervisión de la gestión operativa de los desechos nos brinde información objetiva al respecto...".

Al no utilizar las bolsas de basura y recipientes para el depósito de desechos peligrosos recomendadas al llenar los mismos a más del 75% de su capacidad, se corre el riesgo de que las bolsas se rompan y los recipientes se derriben, ocasionando el derrame de su contenido, causando un foco de infección y contaminación, poniendo en mayor riesgo la salud de

quienes manejan como ser los pacientes, visitas y personal del hospital ocurriendo lo cuando las bolsas son reutilizadas.

### **Recomendación N° 2**

#### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

2.1 Requerir a la empresa prestadora de servicios de limpieza, que cumpla con las especificaciones que deben reunir las bolsas y recipientes que almacenan los desechos peligrosos, tal y como lo estipula el reglamento creado para tal fin.

2.2 Verificar el cumplimiento de la instrucción y recomendación girada anteriormente, se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **3. LOS RECIPIENTES Y BOLSAS DONDE SE DEPOSITAN LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO NO ESTAN ETIQUETADOS**

De acuerdo a las inspecciones efectuadas en el Hospital Escuela Universitario se verificó que las bolsas (cuando el reglamento lo indica) y recipientes donde se colocan desechos peligrosos no son etiquetados, excepto en el caso de los recipientes para los desechos punzo cortantes, que algunas veces se les coloca una frase indicando su contenido.



***Imagen N°:2 Fotografías que muestran que no se etiquetan los recipientes y bolsas donde se depositan los desechos peligrosos***

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 16, N° 17, N° 22, N° 23, N° 26 numeral 9; N° 27, N° 31, N° 33 y N° 34.

Sobre el particular a través del Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque las bolsas y recipientes donde se colocan los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario no son etiquetados, quien respondió con el Oficio # 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, los siguiente: "...Numeral 3: En relación al etiquetado de las bolsas en el contrato que actualmente está vigente por prórroga, mismo que sus especificaciones técnicas fueron realizadas en la Secretaría de Salud no contempla las etiquetas en las bolsas, por lo cual no se le puede exigir a la compañía proveedora del servicio dichas etiquetas, consideramos que ellos deben proveer las bolsas etiquetadas (esto se está considerando en los términos de referencia para la nueva contratación). Sin embargo con los recipientes para punzocortantes esta actividad si es realizada..."

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Como se observa en la Imagen N° 2, no siempre se rotulan los recipientes y donde se colocan los desechos punzo cortantes y en el caso de los recipientes donde se colocan las bolsas conteniendo los desechos peligrosos, no son etiquetados, el único rótulo que poseen es el nombre de la empresa de limpieza que brinda el servicio; por otra parte aunque en el contrato no estipule que la empresa debe etiquetar los recipientes y bolsas, existe una cláusula en el mismo donde estipula la obligación de la empresa de conocer todas las normas que rigen al HEU, además el Hospital debe velar porque se cumpla con el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Al no etiquetar las bolsas y recipientes donde se depositan los desechos peligrosos, se pone en riesgo la salud de todo el personal involucrado directa e indirectamente en el manejo de los mismos, desde que se generan hasta su disposición final, aumentando el riesgo de afectar la salud de los pacientes, visitas, personas y empleados que hacen uso del Hospital.

### **Recomendación N°3**

#### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 3.1 Exigir a la compañía de limpieza que se etiqueten los recipientes y bolsas donde se depositan los desechos peligrosos conforme a lo estipulado en el reglamento creado para tal fin y en caso de delegar esta actividad a las Empresas prestadoras de servicios de limpieza mediante contrato, requerir, verificar y documentar el cumplimiento de dicha responsabilidad.
- 3.2 Cuando se deleguen los servicios de limpieza a una empresa prestadora de éste servicio mediante contrato, incluir en los mismos

todas las disposiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud

3.3 Verificar el cumplimiento de las instrucciones y recomendaciones giradas anteriormente, se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

#### **4. LOS LUGARES DESTINADOS PARA EL ALMACENAMIENTO INTERMEDIO DE LOS DESECHOS GENERADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, NO REUNEN LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS**

Durante la investigación realizada en el HEU sobre el almacenamiento interno de los desechos (lugar destinado para la recolección interna de los mismos) se comprobó que estos no reúnen las condiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, tales como:

- No se encuentran aislados, ya que la ubicación de los mismos en las diferentes salas esta donde circulan pacientes y personal del hospital en su entorno, así:
  - ✓ Dentro del área de la sala de emergencia de cirugía de adultos.
  - ✓ En otro piso está ubicado enfrente de la estación de enfermería.
  - ✓ En otros casos se encuentran dentro del área de las salas de internos. (ver imagen N°5)





**Imagen N° 5** Área de Almacenamiento Intermedio

- No cuentan con recipientes para colocar las bolsas conteniendo los desechos peligrosos, pues estas se colocan directamente en el piso.
- En algunos casos el piso del almacén intermedio no presenta las mejores condiciones dando lugar a que se acumule líquido que se derrama de las bolsas de basura.
- Los lugares destinados para el almacenamiento intermedio no están debidamente señalizados, en vista que no cuentan con rótulos que indiquen el nivel de peligrosidad del contenido almacenado dentro de esa área.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 35, N° 36 y N° 39

Sobre el particular mediante Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque el lugar destinado para el almacenamiento intermedio no reúne las condiciones adecuadas, a lo que contestó mediante Oficio # 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente: "... *Numeral 6: Necesitamos que en este punto se nos especifique a que se refiere sobre el montacargas, pues consideramos que está siendo bien manejado ya que continuamente se realiza limpieza y desinfección del mismo para evitar que sea una fuente de contaminación.*", por tal razón se amplió y solicitó nuevamente mediante Oficio Presidencia/TSC-1469-2013 del 15 de abril de 2013, manifestando a través del Oficio # 755-DGHEU-2013 lo siguiente: "...*Punto 6: En relación al montacargas (ascensor) éste tiene su respectiva puerta de acero inoxidable*

*que lo aísla del área de almacenamiento intermedio de cada uno de los pisos del Bloque médico quirúrgico. El almacenamiento intermedio a su vez está separado del pasillo que da a las salas Por una Puerta.*

*En la Emergencia de cirugía de adultos al igual que en las otras salas este espacio está aislado a través de una puerta del almacén intermedio y la puerta del montacargas, el cual permanece en continuo movimiento trasladando los desechos de los diferentes pisos.*

*En uno de los pisos por razones de remodelación de algunas salas, se ha tenido que compartir el espacio de algunas de ellas, la estación de enfermería está colocada en el pasillo que da acceso al almacén intermedio, pero siempre éste está aislado mediante una puerta y el área de trabajo de la estación está colocado en el sentido opuesto a la puerta de acceso al almacén intermedio.*

*En relación al daño en el piso de algunas áreas del almacenamiento intermedio, reconocemos que están dañadas, actualmente el Bloque médico quirúrgico está en etapa de remodelación y las áreas que se observaron dañadas están pendientes de reparación cuando se llegue al piso donde están.*

*Ya se están tomando las medidas con la empresa prestadora del servicio de higiene para la colocación de barriles con tapaderas debidamente rotulado de acuerdo al tipo de desecho que se colocará en ello e igualmente se señalará el área.”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Al referirnos al almacenamiento Intermedio de desechos (lugar al que en el Hospital Escuela le llaman Montacargas), es el sitio destinado para la recolección interna de los desechos, por lo tanto los accesos al mismo deben estar aislados, debe tener la menor circulación de personas, en los casos detallados este tiene accesos dentro de las salas.

Al no contar con un almacenamiento intermedio de desechos que reúna las condiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, pone en riesgo la salud de la comunidad hospitalaria (empleados, alumnos, pacientes, familiares y visitas que hacen uso del hospital).

#### **Recomendación N° 4**

##### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 4.1 Realizar un análisis, respecto a los accesos de los sitios de almacenamiento intermedio de desechos, posteriormente efectuar las adecuaciones respectivas para que los mismos posean la menor circulación de personas (queden aislados).

- 4.2 Colocar en los sitios de almacenamiento intermedio de desechos, recipientes rígidos o semi-rígidos con tapa, para colocar en ellos las bolsas con los desechos peligrosos para que los mismos no sean colocados en el piso, asimismo que estos sean separados de los recipientes que contengan desechos comunes.
- 4.3 Adecuar y reparar los pisos, paredes, iluminación y ventilación de las áreas destinadas para el almacenamiento intermedio de desechos.
- 4.4 Señalizar las áreas destinadas para el almacenamiento intermedio de desechos.
- 4.5 Verificar el cumplimiento de las instrucciones giradas anteriormente, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**5. EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO EL TRANSPORTE INTERNO DE LOS DESECHOS NO CUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al inspeccionar la forma en que se realiza el transporte interno de los desechos peligrosos dentro del Hospital Escuela Universitario, se encontró que el mismo no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud:

- El carro de transporte interno en donde se trasladan los desechos peligrosos no es el adecuado ya que no posee un depósito de color rojo y no está rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”.
- Los recipientes (barriles) que se colocan en el carro de tracción manual para trasladar los desechos peligrosos, no están rotulados (“Uso exclusivo para Desechos Peligrosos”), ni cuentan con tapa.
- Los recipientes que contienen las bolsas donde se depositan los desechos peligrosos, no se sujetan al vehículo de tracción manual corriendo el riesgo de caerse.
- La ruta del traslado de los desechos peligrosos no es segura, ya que se pudo observar en el momento de la inspección, que la misma coincidió con el traslado de la comida de los pacientes, en vista que tienen la misma ruta y aunque existe un horario diferente para cada una, no siempre se respetan.
- Las medidas de seguridad del personal no se realizan con eficiencia, ya que el personal que maneja el carro manual no siempre usa guantes, careta, usa las mangas del overol dobladas a  $\frac{3}{4}$  del brazo y algunas

veces las bolsas y/o recipientes son arrastrados por el suelo trasladándose de un envase a otro.



**Imagen N° 6:** Obsérvese el transporte interno de los Desechos Peligrosos, la ruta y las medidas de seguridad no cumplen con lo requerido.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 42, N° 43, N° 44, N° 45, N°47, y N° 48.

Sobre el particular en el Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa por la cual el transporte interno de los desechos no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud (carro con depósito de color rojo rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”, no cuenta con las medidas de seguridad), a lo que contestó con el Oficio N° 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente “...*Numeral 8: En el contrato que actualmente está vigente y que como referimos anteriormente no fue realizado en el hospital sino por la Secretaría de salud no se estipula que el carro para el transporte interno sea de color rojo, por lo que no se le ha realizado dicha exigencia a la compañía, pero podríamos solicitarlo. Numeral 9: Hay un horario establecido de traslado de alimentación y dietética (se adjunta copia del mismo), que fue consensuado con el Depto. de Dietética para que no se coincida con el traslado de los desechos, estamos trabajando en su cumplimiento...*”

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Es obligación de la empresa prestadora de los servicios de limpieza conocer y cumplir el **Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud**, como parte de las cláusulas estipuladas en el contrato vigente, en donde se estipula: “**RESPONSABILIDAD DEL PROVEEDOR:** a)...b) “EL PROVEEDOR” deberá conocer ampliamente los reglamentos y normas que se aplicarán en el Hospital, y velar por su estricto cumplimiento...”

Y en relación a la causa proporcionada por el Hospital Escuela Universitario en el numeral 9, referente a las rutas de traslado de los desechos, si bien es cierto que cuentan con un horario para el traslado de los desechos y otro para el traslado de los alimentos, en el momento de realizar la inspección in situ, se constató que algunas veces estos coinciden.

Si el vehículo, las medidas de seguridad, ruta y horarios del transporte interno de los desechos no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, existe un mayor riesgo de afectar la salud de la comunidad hospitalaria.

**Recomendación N° 5**  
**Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 5.1 Reacondicionar el vehículo que se utiliza para el traslado interno de los desechos peligrosos con el diseño y características acordes a lo descrito en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, y así asegurar un adecuado traslado de los mismos, además de minimizar los riesgos potenciales que conlleva dicho traslado, y en caso de delegar esta función a una empresa de limpieza que brinde estos servicios, realizar el requerimiento mediante cláusulas contractuales.
- 5.2 Definir una ruta para el transporte interno de los desechos hospitalarios distinta a la del traslado de los alimentos.
- 5.3 Requerir que la operación de recolección y transporte de desechos peligrosos se realice con eficiencia, procurando cumplir con las medidas de seguridad prescritas en el Reglamento.
- 5.4 Cuando se deleguen los servicios de limpieza mediante contrato, en los mismos incluir todas las disposiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

5.5 Verificar el cumplimiento de las instrucciones giradas anteriormente, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**6. EL ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE DESECHOS DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO, NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Se inspeccionó el sitio destinado para el almacenamiento temporal de desechos del Hospital Escuela Universitario, y al realizar el análisis, se constató lo siguiente:

- a) No se encuentra aislado y su ubicación es frente a las ventanas de la cocina del Hospital Escuela Universitario.
- b) Las medidas de seguridad e higiene establecidas no se cumplen con eficiencia, ya que el personal que lo administra no obedece las mismas, así: no usa guantes, careta y mascarilla, las mangas del overol las usan dobladas.
- c) La pileta para la limpieza y desinfección del personal y de las estructuras físicas, no se encuentra en condiciones óptimas para su uso, ya que no cuenta con grifo.
- d) Las paredes y el piso no son impermeables, en éste último no se observó el declive adecuado.
- e) Los orificios que posee para su ventilación, no están protegidos para evitar el ingreso de insectos, roedores, etc.
- f) No cuenta con extintores.
- g) No está suficientemente señalizado de tal manera que advierta a la comunidad hospitalaria la alta peligrosidad de los desechos que ahí se almacenan.
- h) No tiene acceso restringido y no se mantiene cerrado con llave.
- i) El acceso a ésta área es el mismo utilizado para el ingreso de los suministros.



**Imagen N° 7:** En la imagen se puede observar la ubicación del almacén temporal de desechos frente a las ventanas de la cocina, a la vez no está señalizado, la pileta no posee grifo, el personal no cumple con las medidas de higiene y seguridad.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 50 y N° 51
- Acuerdo N° 378-2001 Reglamento para el Manejo de Desechos Sólidos, Artículos N°53 y N° 58 incisos a, b y d.

Mediante Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa por la cual el almacenamiento temporal de desechos no cumple con las condiciones estipuladas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud (ubicado en un lugar aislado, pisos y paredes lisas, impermeables y antiderrapantes, piso con declive, todos sus orificios protegidos para evitar el ingreso de insectos, roedores y pájaros, no cuenta con extintores, una pileta con agua y equipo necesario para limpieza y desinfección del personal y de las estructuras físicas, no se mantiene cerrado, con llave y acceso restringido), a lo que respondió mediante Oficio

N° 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente: "... Numeral 10: Como se expresó anteriormente estamos pendientes de la readecuación del Almacén temporal. Nos extraña que se diga que no se cuenta con pileta de agua y área para la desinfección de personal ya que si se cuenta con ello. En relación a extintores se cuenta con una manguera y un pegue de agua que funciona si se pretende extinguir fuego."

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En la respuesta brindada por la Dirección del Hospital Escuela Universitario en el numeral 10 donde manifiesta que si cuentan con una pileta para la desinfección del personal, se observó que no está en uso ya que no cuenta con grifo. **(Ver fotografía d)**

La ubicación actual de la bodega temporal de desechos puede traer como consecuencia contaminación por la cercanía a la cocina y otras áreas, por otra parte al no advertir la peligrosidad de su contenido y no manejarla cerrada con llave podría dar lugar a la manipulación de los desechos por personas ajenas, además el no contar con extintores aumenta el riesgo de no poder controlar contingencias como incendios.

**Recomendación N° 6**  
**Al Director del Hospital Escuela Universitario**

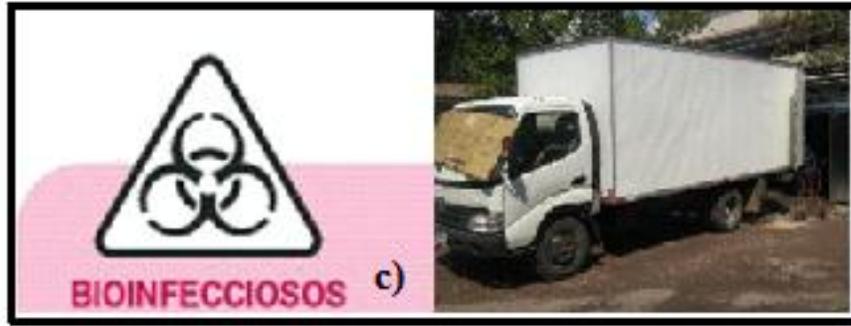
- 6.1 Aprovechar y hacer uso del recurso humano de profesionales y/o pasantes de las diferentes carreras de la UNAH (Ingeniería civil, arquitectura, ingeniería industrial, economistas, etc.) para resolver el problema de la ubicación del almacén temporal de los desechos, tomando en cuenta las características que establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
- 6.2 Dotar a la bodega de almacenamiento temporal de desechos de todos los implementos para cumplir con las medidas de seguridad e higiene como ser extintor, pileta en óptimas condiciones, señalarla y rotularla de tal forma que se advierta la peligrosidad de su contenido, proteger los orificios, mantenerla cerrada y con llave, entre otros.
- 6.3 Requerir que el personal que realiza labores en esta área use los implementos de protección personal y cumpla las medidas de seguridad e higiene que estipula el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
- 6.4 Verificar que las instrucciones y recomendaciones giradas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**7. EL TRANSPORTE EXTERNO DE LOS DESECHOS DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO NO CUMPLE CON LAS CONDICIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

El transporte externo de los desechos generados en el Hospital Escuela Universitario, se realiza a través de vehículos de la empresa que presta los servicios de limpieza e higienización y manejo de los desechos sólidos, infecciosos y especiales; al inspeccionar éste medio de transporte se encontró que:

- a) El cajón del vehículo no cuenta con un sistema que permita sujetar las bolsas.
- b) El vehículo no cuenta con logotipo universal reconocido que indique la peligrosidad del contenido que se está transportando (simbología internacional tipo OPS/OMS), ni rótulos que indiquen la presencia de material bio-peligroso. (ver imagen c)
- c) El personal encargado de realizar este trabajo no cumple con las medidas de higiene y seguridad, pues no utilizan guantes de hule grueso, gafas, mascarillas y las mangas de sus overoles las usan dobladas a nivel del codo.
- d) El contenedor o cajón del vehículo se mantiene sin llave.





**Imagen N° 8:** El vehículo del transporte externo no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Incumpliendo lo establecido en

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud Artículo N° 56 numerales 3, 5 y 8, N° 58, N° 59 y N° 81 numerales 2, 6, 7 y 9.
- Acuerdo ejecutivo N°1567-2010 Reglamento para el Manejo Integral de los Desechos Sólidos, Artículo N° 31

Mediante Oficio Presidencia/TSC-1469-2013 del 15 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque en el vehículo de transporte externo los desechos son apilados uno encima de otro, asimismo no cuenta con un sistema que permita sujetar las bolsas, porque no se cierra con llave, y porque no cuenta con un rótulo que indique la presencia de material biopeligroso; respondiendo a través del Oficio N° 755-DGHEU-2013, lo siguiente: "... Entiendo que esta auditoría es del período correspondiente a los años 2006 al 2012, años durante los cuales se me ha informado por parte del Depto. de Epidemiología se recomendaba a las autoridades de ese período solicitar a la empresa el cumplimiento de los requisitos establecidos en los contratos suscritos sobre el transporte externo de los desechos, así como de las bolsas y

*recipientes utilizados para el depósito de los desechos, pero aparentemente no se siguieron estas recomendaciones por las autoridades anteriores...”*

Al no reunir el vehículo en el que se transportan los desechos generados en el Hospital Escuela Universitario las características establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, no se garantiza la adecuada gestión de los mismos, ya que se puede presentar dispersión de los mismos al no transportarlos con la puerta del vehículo con llave, también no se tiene la certeza de que el vehículo se utilice solamente para transportar desechos hospitalarios, ya que no cuenta con logotipo universal reconocido, ni rótulos que indiquen la presencia de material bio-peligroso; por lo anterior existe mayor riesgo de afectar la salud de la población en general.

**Recomendación N° 7**  
**Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 7.1 Requerir que el vehículo que transporta los desechos generados en el Hospital cuente con las características establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
- 7.2 Dotar al personal que realiza esta actividad de los implementos estipulados en el Reglamento creado para tal fin y requerir su uso; en caso de delegar esta actividad a una empresa que brinde este servicio, exigir a la empresa mediante cláusulas contractuales el cumplimiento del mismo.
- 7.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente, se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**8. NO EXISTE UNA SUPERVISIÓN ADECUADA AL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE MANEJO DE LOS DESECHOS POR PARTE DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO**

El manejo de los desechos generados en el Hospital Escuela Universitario han sido delegados a la empresa privada CODELEX a través de un contrato denominado “Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales para el Hospital Escuela Universitario”, al analizar dicho documento e indagar sobre el mismo, se encontró que no se realizan inspecciones periódicas para comprobar si EL PROVEEDOR de los servicios ejecuta los mismos de acuerdo con lo

estipulado en las cláusulas del contrato; por lo tanto no existen informes de inspección de parte del Hospital donde se muestre la supervisión a las actividades que efectúa dicha empresa. Asimismo comprobamos que a pesar de ignorar el cumplimiento de las cláusulas contractuales por parte de la empresa de servicios, el Hospital ha dado por aceptado los informes que la misma elabora para que le autoricen los pagos por los servicios prestados; encontrándose en los informes correspondientes a los meses de julio, agosto, septiembre, octubre, noviembre y diciembre del 2012 emitidos por la empresa de servicios de limpieza y proporcionados por el Doctor Roberto Antonio Esquivel Director General del Hospital Escuela Universitario mediante Oficio N° 200-2013-DAHEU de fecha 4 de marzo de 2013, que esta actividad se realiza utilizando vehículo adecuado, no obstante al momento que se realizó la inspección in situ se constató lo siguiente:

- a) El cajón del vehículo no cuenta con un sistema que permita sujetar las bolsas.
- b) El contenedor o cajón del vehículo se mantiene sin llave.
- c) El vehículo no cuenta con logotipo universal reconocido, ni rótulos que indiquen la presencia de material bio-peligroso. Ver imagen N° 9.

Cabe mencionar que en dichos informes lo del vehículo es lo único más estrechamente relacionada con el manejo de los desechos hospitalarios el resto de las actividades se refieren a limpieza de paredes y ventanas de las diferentes áreas del hospital.



**Imagen N° 9** Logotipo universal reconocido que debería llevar el vehículo de transporte.

Incumpliendo lo establecido en:

- Ley de Contratación del Estado, Artículo N° 119, numeral 1
- Acuerdo Ejecutivo N° 1567-2010 Reglamento para el Manejo Integral de los Desechos Sólidos, Artículo N° 32
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales para el Hospital Escuela Universitario, Materno Infantil y Clínicas Periféricas, de la Ciudad de

Tegucigalpa, M.D.C., Departamento de Francisco Morazán N° 33,  
Cláusula Novena: INSPECCIONES.

- Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos, TSC-NOGECI III-06 Acciones Coordinadas, TSC-NOGECI IV-01 Identificación y Evaluación de Riesgos, TSC-NOGECI V-08 Documentación de Procesos y Transacciones, TSC-NOGECI V-09 Supervisión Constante, TSC-NOGECI V-10 Registro Oportuno, TSC-NOGECI V-13 Revisiones de Control, TSC-NOGECI VII-02 Evaluación del Desempeño Institucional, TSC-NOGECI VII 03 Reporte de Deficiencias y TSC-NOGECI VII-04 Toma de Acciones Correctivas

Mediante Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque no se realizan inspecciones periódicas a través de una comisión nombrada para comprobar si EL PROVEEDOR de los servicios de limpieza e higienización y manejo de los desechos sólidos, infecciosos y especiales del Hospital Escuela Universitario, ejecuta el servicio en forma eficiente y de acuerdo con las cláusulas del contrato, contestando mediante Oficio N° 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente: “ *Numeral 12: Tengo entendido que ha habido inspecciones por autoridades de la secretaría de salud, pero no cuento con los informes de las mismas. Desde que la Universidad tomó la administración del hospital no hemos recibido comisiones de inspección.*”

Si no existe una adecuada supervisión por parte de una comisión nombra tal y como se estipula en el contrato de “Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales para el Hospital Escuela Universitario”, que evalué el cumplimiento del servicio en forma eficiente por parte de la Empresa CODELEX, trae como consecuencia que no exista la certeza de que las actividades que está realizando el contratista se ejecuten de conformidad a las disposiciones establecidas, impidiéndose las correcciones oportunas.

### **Recomendación N° 8**

#### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 8.1 Cuando los servicios de limpieza, higienización y manejo de los desechos se deleguen a una empresa que brinde estos servicios, se debe realizar supervisión constante de manera que se presenten los informes de los servicios prestados por la empresa contratada e informar a dicha empresa por escrito las deficiencias encontradas para que sean subsanadas.

- 8.2 Verificar que la empresa prestadora del servicio haya subsanado las deficiencias encontradas, previo a la autorización del pago de dichos servicios.
- 8.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.
- 9. LOS DESECHOS QUÍMICOS PRODUCIDOS EN LOS LABORATORIOS, NO SON MANEJADOS DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Conforme a las inspecciones realizadas en el Laboratorio del Hospital Escuela Universitario, se encontró que no existe un tratamiento especial para los desechos químicos generados en esta dependencia, ya que los desechos químicos en forma líquida, descartados por máquinas donde se hacen pruebas, son vertidos en el sistema de alcantarillado sanitario municipal (ya sea directamente mediante tubería conectada a la máquina o lo que se capta en recipientes internos que posteriormente se evacuan en el sistema de alcantarillado sanitario municipal); en el caso de los envases, empaques o recipientes que los contienen, estos son colocados en los depósitos ubicados en las diversas áreas del Laboratorio sin seguir las precauciones, instrucciones y fichas de seguridad para el manejo de este tipo de desechos, sin indicar la concentración de las soluciones ni etiquetarlos con la leyenda "**Desecho químico peligroso**".

Ejemplos:



**Imagen N° 3:** Imágenes de los desechos químicos.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud Artículos N° 25 y N° 26

Mediante Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque los desechos químicos producidos en los laboratorios no son manejados de acuerdo a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, a lo que contestó mediante Oficio N° 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente: "... *Numeral 4: Desechos químicos generados en laboratorio, respecto a este ítem se nos aclare específicamente a que se refiere en especial. Para así realizar las precisas con el personal responsable de la segregación de este tipo de desecho*", por tal razón se envió nuevamente el Oficio Presidencia/TSC-1469-2013 del 15 de abril de 2013, manifestando a través del Oficio N° 755-DGHEU-2013 lo siguiente: "... *En relación al punto 4: sobre los desechos químicos generados en los laboratorios:*

*a) Me informan en laboratorio que en relación a los químicos que se utilizan en los diferentes aparatos estos se desechan de acuerdo a las instrucciones del fabricante.*

*b) En casos como lo que sucede en laboratorio de urgentes en que hay compuestos químicos como reactivos que se adicionan a las muestras, las máquinas con que ellos cuentan están automatizadas y dentro de los aparatos se procesa la muestra para desecho que sale empacada al vacío y va como desecho sólido directamente a la bolsa roja que está en un depósito dentro del aparato. Hay otro equipo como en el que se procesan los sueros para gases arteriales en éste el material a descartar ya sale del aparato directamente en un cartucho sellado, el que como desecho sólido es colocado en bolsa roja.”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En el laboratorio no existe un manejo adecuado de los desechos químicos resultantes, lo que fue evidenciado, ya que los líquidos se vierten en las tuberías, incluso las máquinas están conectadas directamente al sistema de alcantarillado sanitario; en el caso de los desechos químicos sólidos no se cuenta con los recipientes requeridos y se mezclan con otro tipo de desechos.

El no manejar adecuadamente los desechos químicos producidos podría generar impactos negativos en el ambiente debido a la contaminación de los cuerpos receptores, a la vez afecta la salud de las personas que tienen contacto con los mismos, ya que existe la posibilidad de que la exposición prolongada a contaminantes aunque sea en niveles bajos, pueda incrementar la susceptibilidad del personal de salud y de los pacientes.

### **Recomendación N° 9**

#### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 9.1 Dotar de los recursos y capacitaciones necesarios al personal del Laboratorio y otras personas que manejen desechos químicos, para evitar que se afecte la salud de los empleados.
- 9.2 Supervisar que los desechos químicos se descarten de acuerdo a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.
- 9.3 Verificar el cumplimiento de las instrucciones y recomendaciones giradas anteriormente, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **10. LOS DESECHOS LÍQUIDOS GENERADOS EN EL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO SON DEPOSITADOS EN EL ALCANTARILLADO SANITARIO**

De acuerdo a las inspecciones in situ realizadas, se encontró que los desechos líquidos generados en el Hospital Escuela Universitario en

general, son depositados en el alcantarillado sanitario municipal y no en recipientes de material rígido, impermeable y resistente con cierre seguro y hermético para evitar derrames; lo cual se observó entre otros, en los laboratorios, sala de diálisis, radiología, emergencia de cirugía de adultos y patología.

Ejemplos:



**Imagen N° 4** *Observese el vertido de líquidos en el alcantarillado*

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 22 y N° 69
- Normas Técnicas de las Descargas de Aguas Residuales a Cuerpos Receptores y Alcantarillado Sanitario, Artículo N° 13 y N° 19

Sobre el particular mediante el Oficio Presidencia/TSC-1302-2013 del 4 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque los desechos líquidos son drenados al alcantarillado sanitario, a lo que contestó con el Oficio N° 674-DGHEU-2013 del 9 de Abril 2013, lo siguiente “Numeral 5: Desconocemos a qué tipo de desecho líquido se refiere en este ítem, pues no lo especifica.”, por lo que se amplió y solicitó nuevamente mediante Oficio Presidencia/TSC-1469-2013 del 15 de abril de 2013, manifestando a través del Oficio N° 755-DGHEU-2013 lo siguiente: “...Punto 5: En cuanto a los desechos líquidos (infecciosos y patológicos) en las diferentes secciones del laboratorio me informan que éstos son tratados con cloro al 0.5% previamente a ser depositados en el alcantarillado. En el caso de Bacteriología los productos biológicos previo a su descarte son tratados con cloro al 10%, las cajas de Petri y tubos en los que se han aislado gérmenes previo a su descarte pasan por un autoclave

*o en su defecto son tratados con fenol y luego se depositan en bolsas rojas. En la Unidad de Diálisis, los pacientes están conectados a una máquina que introduce suero a su cavidad peritoneal y luego después de un tiempo éste sale y va directamente a la alcantarilla la cual es tratada con cloro al 0.5 %. Cabe mencionar que en los estudios sobre infecciones asociadas a la Atención en salud que se han realizado en dicha unidad nunca se han detectado casos de Peritonitis en estos pacientes, por lo que no hay peligro de contaminación. El personal de dicha unidad toma las debidas medidas de bioseguridad con estos pacientes por lo que la tasa de infección en ellos es de 0%.*

*En Radiología no se genera material radioactivo, solamente se descarta el material como líquido fijador y líquido revelador. Las máquinas reveladoras y fijadoras de manera automatizada reutilizan los líquidos por lo que se descartan pequeñas cantidades que son drenadas a un colector general que va a través de tubería al foso séptico.*

*En Banco de sangre. La Sangre con serología positiva, la sangre vencida y la que se recoge en bolsa de 25 cc recolectora de muestra que deben ser descartadas, se descartan en bolsas rojas.”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En la inspección in situ realizada a los laboratorios se constató que el autoclave se encuentra en mal estado; por otra parte en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, manifiesta que para los desechos líquidos se aplicará lo consignado en las “Normas Técnicas de las Descargas de Aguas Residuales a Cuerpos Receptores y Alcantarillado Sanitario”, aprobado mediante Acuerdo Ejecutivo Número 058 del 9 de abril de 1996, el que en su artículo N° 13 claramente dice :“*No serán descargados al alcantarillado sanitario, sangre, huesos y otros similares, ya sean en forma líquida o sólida*”.

Al depositar los desechos líquidos hospitalarios en el alcantarillado sanitario, las descargas de aguas residuales en los cuerpos receptores aumentan el impacto negativo de afectar la salud de la población y el ambiente, pues con la contaminación de los cuerpos receptores acrecienta el riesgo de proliferación de enfermedades.

#### **Recomendación N° 10**

##### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

10.1 Velar porque en el Hospital Escuela Universitario se cumpla con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud sobre las regulaciones en materia de tratamiento y eliminación de los desechos líquidos hospitalarios.

10.2 Verificar el cumplimiento de las instrucciones y recomendaciones giradas anteriormente, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

#### **11. NO EXISTE POR PARTE DEL HOSPITAL ESCUELA UNIVERSITARIO UNA SUPERVISIÓN QUE VERIFIQUE QUE LOS MEDICAMENTOS VENCIDOS SON DEPOSITADOS DIRECTAMENTE EN EL RELLENO SANITARIO DEL DISTRITO CENTRAL**

Al investigar cual es el manejo que se le da a los medicamentos vencidos en el Hospital Escuela Universitario, se constató que no existe supervisión para verificar que los mismos son depositados finalmente en el relleno sanitario del Distrito Central, ya que se comprobó que el procedimiento utilizado para el descarte de dichos medicamentos es el siguiente: el Departamento de Bienes Nacionales levanta un acta de descarte, seguidamente la bodega de medicamentos los empaca en bolsas rojas para entregárselos a la empresa contratada y encargada de la limpieza del Hospital sin garantizar que los mismos son llevados hasta la celda especial dentro del relleno sanitario del Distrito Central para ser enterrados.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 25.
- Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos, TSC-NOGECI V-01 Prácticas y Medidas de Control, TSC-NOGECI V-02 Control Integrado, TSC-NOGECI V-04 Responsabilidad Delimitada, TSC-NOGECI V-09 Supervisión Constante.

Sobre el particular mediante Oficio Presidencia/TSC-1322-2013 del 5 de abril de 2013, dirigido al Dr. Roberto Esquivel David, Director General del Hospital Escuela Universitario, se solicitó la razón o causa del porque los desechos farmacéuticos (medicamentos vencidos) del Hospital Escuela Universitario, según el proceso manifestado por el Jefe de Bienes Nacionales y la Encargada de la Bodega de medicamentos, después de levantar el acta de descarte correspondiente y ser empacados en bolsas rojas, se entregan a la empresa de limpieza del Hospital sin ningún documento o inspección que garantice que estos verdaderamente lleguen directamente al botadero municipal, a lo que contestó mediante Oficio N° 0708-DGHEU-2013: lo siguiente:

*“...El Hospital normalmente no tiene medicamentos vencidos, sin embargo en tiempos pasados se recibieron algunas donaciones de medicamentos con corta fecha de vencimiento, lo cual no es una situación frecuente ni constituye una cantidad significativa de los mismos.*”

*El proceso de desecho de ellos es:*

*1. Descargo de estos productos mediante la intervención del personal del almacén de medicamentos quien envía nota al Jefe de Bienes Nacionales para el descargo, Bienes realiza un acta, la que es firmada por representantes de almacén de medicamentos y bienes nacionales.*

*2. Los desechos farmacéuticos sólidos son extraídos de sus frascos o envoltorios disponiéndolos en cajas de cartón y doble bolsa roja, luego se disuelven con agua o solución de hipoclorito de sodio al 0.1 % hasta lograr una pasta homogénea.*

*3. Una vez empaquetados se efectúa el cierre de las bolsas y se sellan las cajas, rotulándolas "precaución desechos químicos farmacéuticos".*

*4. Los desechos químicos farmacéuticos líquidos o semisólidos son dispuestos en doble bolsa roja una vez extraídos de sus frascos, vertidos sobre papel o material absorbente y luego son colocados cerrados en caja de cartón rotulando como "precaución desechos químicos-farmacéuticos".*

*5. Todo este procedimiento es supervisado por el supervisor de la gestión operativa de desechos hospitalarios.*

*6. Para la disposición final de los desechos se solicita el apoyo de la compañía de limpieza para su traslado al lugar que la Alcaldía ha destinado para ello.*

*7. En relación a las declaraciones brindadas, realicé las investigaciones precisas, el Jefe de Bienes Nacionales refiere que a él no se le consultó sobre el proceso de desecho de medicamentos vencidos únicamente se le interrogó por el proceso de descargo de equipos, por lo que según manifiesta en ningún momento hizo referencia a medicamentos vencidos.*

*Como Usted sabe el Hospital actualmente está en un proceso de mejora continua, por lo que se han realizado una serie de cambios en las diferentes jefaturas, la encargada del almacén es una persona recién nombrada que desconoce los procedimientos que se han realizado anteriormente.”; por tal respuesta y en aclaración al numeral 7, se solicitó nuevamente al Director del HEU, la causa con el Oficio Presidencia/TSC-1495- del 17 de abril de 2013, respondiendo a través del Oficio N° 769-DGHEU-2013, de fecha 19 de abril del 2013: “...expliqué todo el proceso que se realiza con la mínima cantidad de medicamentos vencidos y que muy ocasionalmente se da este problema, ya que actualmente estamos teniendo un mayor control tanto de los medicamentos que recibimos de la Secretaría de Salud como de los que nos donan.*

*El procedimiento que se realiza bajo la supervisión del Encargado General de la Gestión Operativa de los Desechos, garantiza que estos productos no podrán ser reutilizados y por ello se considera que no es necesario el acompañamiento para la disposición final en el relleno sanitario”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Al consultar al Jefe de Bienes Nacionales Sr. Raúl Castro Andino, como se manejan los medicamentos vencidos, éste

manifestó que el almacén de medicamentos les solicita mediante nota (adjuntan la descripción de los medicamentos) el desecho de los mismos; luego esta sección (Bienes Nacionales) levanta un acta donde hace constar que se verificó el listado y cantidades de dichos medicamentos, finalizando aquí el trabajo de su oficina, proporcionando una copia del acta de desecho N° 040-2012-SBNHE. Por otra parte indicó que en el almacén de medicamentos es donde se puede conocer el procedimiento que continua. Por tal razón se consultó al personal del Almacén de Medicamentos que se hace con los medicamentos vencidos una vez que Bienes Nacionales ha levantado el acta, respondieron que estos se colocan en bolsas rojas y se entregan a la Empresa contratada para servicios de limpieza e higienización y manejo de desechos sólidos, infecciosos y especiales para el Hospital Escuela Universitario; a la vez se les preguntó si estos se entregan a través de una nota o si alguien del almacén u otra dependencia verifica si son llevados directamente a la celda especial que se encuentra dentro del relleno sanitario, obteniendo como respuesta: “anteriormente se hacía pero que en estos momentos no”, concluyendo así que no siempre se sigue el procedimiento establecido.

Al no tener el Hospital la certeza de que el destino final de los medicamentos vencidos es controlado y ambientalmente adecuado, es decir; son enterrados en la celda especial dentro del relleno sanitario del Distrito Central, pueden ser utilizados inadecuadamente (ser utilizados para otro propósito) poniendo en riesgo la salud de la población en general.

### **Recomendación N° 11**

#### **Al Director del Hospital Escuela Universitario**

- 11.1 Socializar con el personal involucrado el proceso de desechos de los medicamentos vencidos y requerir que el mismo se ponga en práctica.
- 11.2 Ejercer supervisión constante del desarrollo del proceso de desechos de los medicamentos vencidos, a fin de asegurarse de que estos no pongan en riesgo la salud de las personas.
- 11.3 Instruir a quien corresponda verificar que los medicamentos vencidos sean enterrados en la celda especial dentro del relleno sanitario del Distrito Central.
- 11.4 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## II. HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE

### 1. LOS RESPONSABLES DEL MANEJO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS NO TIENEN UN PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTINUA REFERENTE AL MANEJO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS

Se verificó que en el Hospital General San Felipe, los responsables del manejo de los desechos hospitalarios no tienen un programa de capacitación continua referente al manejo de los desechos hospitalarios (proceso de generación, segregación, etiquetado, almacenamiento intermedio, recolección, transporte interno, almacenamiento temporal, recolección, transporte externo y tratamiento), por lo tanto no se efectúan capacitaciones continuas al personal médico, de enfermería, administrativo, servicios varios, permanente y temporal, involucrados en dichos procesos.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo V de la Segregación, Artículo N° 11.

Sobre el particular; se solicitaron las causas de lo anteriormente expresado, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013, al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente: “ *...Se han realizado capacitaciones de bioseguridad a 490 personas de las cuales 410 corresponden a personal técnico y auxiliar de este centro asistencial y 80 empleados de la compañía privada de limpieza que brinda servicios al mismo, de lo cual según referencia del jefe de la unidad de desechos sólidos de este hospital, la comisión auditora de ese tribunal ya cuenta con soporte documental en copias de los listados de esas capacitaciones. A partir de la fecha se hará capacitación continua a empleados del hospital y la compañía de limpieza con programación escrita.*”

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Según lo manifestado por el Doctor Arnoldo Zelaya en Oficio N° 086-DHSFAI-13 donde menciona que se han realizado capacitaciones al personal del Hospital; en base a su respuesta aclaramos que la documentación soporte brindada a los auditores del TSC, no demuestra que las mismas han sido continuas, ya que alguna de la información presentada corresponde al año 2013.

El que el personal del Hospital General San Felipe involucrado en el proceso operativo de la gestión de los desechos hospitalarios no esté debidamente capacitado o no tenga conocimiento apropiado de la

segregación adecuada de los desechos hospitalarios, podría generar riesgos de contaminación para toda la ciudadanía que visita y labora en el mismo.

### **Recomendación N° 1**

#### **Al Director del Hospital General San Felipe**

Girar instrucciones a quien corresponda y verificar el cumplimiento de:

- 1.1 Elaborar un plan de capacitación continua y estipularlo en el Plan Operativo Anual (POA) del mismo, que sea dirigido a todos los involucrados en el proceso de la gestión operativa de los desechos para que sea de conocimiento general de los mismos incluyendo al personal de limpieza del hospital.
- 1.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **2. LOS RECIPIENTES Y BOLSAS DESTINADOS PARA EL DEPÓSITO DE LOS DESECHOS NO ESTAN ETIQUETADOS CON EL SÍMBOLO UNIVERSAL DE PELIGROSIDAD**

Al inspeccionar el Hospital General San Felipe específicamente al manejo de los desechos peligrosos, se constató que los recipientes y las bolsas donde éstos se depositan no están etiquetados con el símbolo que indique su peligrosidad, además ubican en el mismo sitio las bolsas que contienen los desechos peligrosos (bolsas de color rojo), con las bolsas que contienen desechos comunes (bolsas color negro), sitio que además está al aire libre como se puede apreciar en las siguientes imágenes:



**Imagen No. 1** Obsérvese las bolsas (rojas y negras) sin etiquetar y el almacenamiento intermedio inadecuado.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo V de la Segregación, Artículo N° 16

Sobre el particular se solicitó la causa mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013, al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, respondiendo mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente “...Los desechos no se rotulan con calcomanías especiales según el artículo 24 del reglamento para el manejo de los desechos peligrosos generados en los establecimientos de salud vigente (julio 2008), en virtud de que al inicio de este programa en el año 2006 el proyecto del departamento de hospitales que auspiciaba esta iniciativa con fondos externos proveía ese material que es de alto costo y los recursos institucionales disponibles no son suficientes para mandar a elaborar estas calcomanías especiales, sin embargo las bolsas rojas se rotulan con marcadores indelebles y se diferencian por sus colores (Rojo para desechos peligrosos y Negro para desechos comunes). Se solicitará a la compañía de limpieza invocando el compromiso contractual que los recipientes deben estar debidamente rotulados.

*A pesar de lo anterior este hospital se compromete a gestionar los fondos en el anteproyecto de presupuesto para el año 2014, esperando se nos asignen los mismos para implementar técnicamente el uso de estas calcomanías”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En el momento que se realizó la inspección, se constató que ninguna de las bolsas (rojas y negras) estaban rotuladas con marcadores indelebles indicando el tipo de desechos que éstas contenían o la peligrosidad de su contenido, tal como se aprecia en las imágenes. Además éste no es un gasto en el cual debe incurrir el hospital, esta acción se la debe solicitar a la empresa que les presta el servicio de limpieza.

Que los recipientes que contienen desechos peligrosos no estén debidamente rotulados, provoca que los pacientes y/o personas que visitan el hospital puedan manipular los desechos y contaminarse generando impactos negativos en la salud de las personas que manipulan los desechos, los pacientes y personas que circulan por el hospital. Por otro lado el área destinada para el almacenamiento de los mismos no es adecuada porque está al aire libre y puede atraer aves carroñeras y otro tipo de vectores que aceleran la descomposición de los desechos y esparcen la contaminación.

**Recomendación N° 2**  
**Al Director del Hospital General San Felipe**

- 2.1 Requerir a la compañía de limpieza que se utilicen bolsas y recipientes con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, las cuales se deben etiquetar, especialmente las que contienen desechos peligrosos, indicando en la etiqueta la peligrosidad del producto que almacenan (patológicos, infecciosos, punzo cortantes, radioactivos, especiales, vidrios y químico), el área de generación, el responsable del área y la fecha de generación.
- 2.2 Requerir a la empresa de limpieza llevar las bolsas de los desechos directamente a la bodega destinada como almacén temporal de los desechos y no dejar las bolsas que contienen los desechos en el área del hospital al aire libre.
- 2.3 Establecer responsabilidades directas y por escrito al personal de servicios generales y enfermería del establecimiento de salud, (previa capacitación en el manejo de desechos peligrosos) para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del establecimiento, realizando acciones operativas para el control sobre el manejo adecuado de este tipo de desechos.
- 2.4 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**3. LOS DESECHOS PELIGROSOS NO SE DEPOSITAN EN RECIPIENTES RÍGIDOS DE TAPA ACCIONADA POR PEDAL**

Al inspeccionar in situ el Hospital General San Felipe, se encontró que los recipientes destinados para depositar los desechos peligrosos, ubicados en las diferentes áreas, especialmente los de algunas áreas críticas como la sala de quimioterapia, oncología, cirugía, laboratorio, etc.; son basureros de uso común, no recipientes rígidos con tapa accionada por pedal como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.



Sala de quimioterapia



Sala de Oncología

**Imagen No. 2.** Obsérvese en algunas de las áreas del Hospital San Felipe los recipientes utilizados para el depósito de los desechos, los cuales carecen de las especificaciones establecidas en el Reglamento.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo V de la Segregación, Artículo N° 16.
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales del Hospital General San Felipe, Cláusula séptima.

Sobre el particular se solicitó las causas, al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente "... Se utilizan depósitos rígidos para disposición de desechos comunes sin tapaderas para áreas administrativas (papeleras plásticas) y se recambian las bolsas negras de desechos comunes 2 veces en cada jornada de trabajo y siempre que sea necesario según lo estipula el contrato vigente en su cláusula Séptima en sus numerales 18 y 19 y en el acápite de requerimientos de limpieza en su numerales 2 y 3 de la misma cláusula. En el caso de los desechos peligrosos, se están utilizando en algunos servicios que los generan, recipientes con tapadera y sus respectivas bolsas rojas, sin embargo se solicitará en forma inmediata a la compañía CODELEX se cambien estos contenedores por contenedores con tapa accionada por pedal según el artículo 16 del reglamento vigente."

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Al momento de realizar la inspección se encontró que en las áreas donde se generan desechos peligrosos se utilizan recipientes con tapadera manual y el Contrato firmado entre la Empresa y la Secretaría de Salud establece en la cláusula séptima que debe ser con tapa accionada por pedal, tal como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Al no utilizar recipientes con tapa que sea accionada con pedal, induce mayores riesgos de contaminación para el personal que labora en el hospital, los pacientes y personal que transita en el mismo.

### **Recomendación N° 3**

#### **Al Director del Hospital General San Felipe**

3.1 Solicitar de forma inmediata a la compañía CODELEX se cambien estos recipientes por los que tienen tapas accionadas por pedal según el artículo N° 16 del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

3.2 Establecer responsabilidades directas y por escrito al personal de servicios generales y enfermería del establecimiento de salud, previa capacitación en manejo de desechos peligrosos para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del establecimiento, realizando acciones operativas para el control sobre el manejo adecuado de este tipo de desechos.

3.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

#### **4. EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE LA ZONA DE ALMACENAMIENTO INTERMEDIO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS NO CUMPLE CON LO ESTABLECIDO EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al inspeccionar in situ al Hospital General San Felipe, se observó que la zona de almacenamiento intermedio de los desechos hospitalarios no cumple con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, las cuales se señalan a continuación:

- a) El espacio donde los almacenan los desechos consiste en un área al aire libre
- b) No está debidamente señalizada
- c) No está ubicada en un área exclusiva y aislada
- d) Los recipientes no están sellados
- e) Los recipientes no están etiquetados
- f) Se observaron bolsas acumuladas en los pasillos
- g) Se observaron desechos comunes revueltos con desechos peligrosos.

Ver imágenes a continuación:



**Imagen No. 3** Obsérvese que el almacenamiento intermedio del Hospital General San Felipe no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo VII Del Almacenamiento Intermedio, Artículos N° 31, N° 35, N° 36, N°37, N°39, N° 40 y N°41.

Sobre el particular se solicitó las causas, al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente, “...*Ya se implementó la señalización de los depósitos de este almacenamiento, pero se girarán inmediatas instrucciones a la compañía CODELEX para señalar adecuadamente las puertas de los almacenamientos temporales.*”.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Se observaron 5 depósitos de almacenamiento intermedio que no estaban debidamente señalizados y que no cumplen con lo establecido en el Reglamento antes mencionado.

Al no estar el almacenamiento intermedio en óptimas condiciones con los requisitos legalmente establecidos, provoca que cualquier paciente y/o visita del hospital que transita en su entorno pueda ingresar al sitio, exponiéndose a ser contaminado afectando su salud y propagando enfermedades.

**Recomendación N° 4**  
**Al Director del Hospital General San Felipe**

- 4.1 Requerir a la compañía que les presta el servicio de limpieza e higienización y manejo de los desechos hospitalarios, que señale el almacenamiento intermedio de los desechos hospitalarios.
  - 4.2 Requerir a la empresa que le presta el servicio de limpieza e higienización y manejo de los desechos hospitalarios al hospital, no mezclar los desechos hospitalarios colocados en las bolsas rojas con los desechos comunes colocados en las bolsas negras.
  - 4.3 Requerir a la empresa que les presta el servicio de limpieza e higienización y manejo de los desechos hospitalarios, llevar las bolsas que contienen los desechos peligrosos y comunes a la bodega destinada como almacén temporal de los mismos y no dejarlas en los pasillos del hospital directamente.
  - 4.4 Establecer responsabilidades directas y por escrito para el personal de servicios generales y enfermería del establecimiento de salud, previa capacitación en manejo de desechos peligrosos para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del establecimiento, realizando acciones operativas para el control sobre el manejo adecuado de este tipo de desechos.
  - 4.5 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.
- 5. EL CARRO MANUAL QUE UTILIZAN EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE PARA EL TRANSPORTE INTERNO DE LOS DESECHOS BIOINFECCIOSOS NO ESTÁ ROTULADO**

Al inspeccionar in situ el Hospital General San Felipe, se constató que el carro que utilizan para el transporte interno de los desechos bioinfecciosos, no está rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”, como se puede apreciar en las siguientes imágenes:



**Imagen No.4.** Obsérvese que el transporte para uso interno que utiliza el Hospital General San Felipe no está rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo VIII, Artículo N° 43.

Sobre el particular se solicitó las causas al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente, *“El carro que tiene el Hospital San Felipe, no está rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS.”*

El que el vehículo con que se trasladan internamente los desechos bioinfecciosos en el Hospital General San Felipe no esté debidamente rotulado, conlleva a que el mismo pueda ser utilizado para otras actividades, sin advertirse los riesgos de contaminación (por otros virus, gérmenes, bacterias, productos tóxicos, entre otros).

**Recomendación N° 5**  
**Al Director del Hospital General San Felipe**

- 5.1 Requerir a la empresa que realiza las actividades de limpieza e higienización la rotulación del carro manual que realiza la recolección y transporte interno de los desechos bioinfecciosos, con la leyenda, “uso exclusivo para desechos peligrosos.”
- 5.2 Establecer responsabilidades directas, por escrito para el personal de servicios generales y enfermería del establecimiento público de salud (previa capacitación en manejo de desechos peligrosos) para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del establecimiento, realizando acciones operativas para el control sobre el manejo adecuado de este tipo de desechos.

5.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**6. NO EXISTE UN HORARIO Y FRECUENCIA PARA EL TRASLADO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS DEL DEPÓSITO DE ALMACENAMIENTO INTERMEDIO AL DEPÓSITO DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL**

Al investigar el proceso sobre el manejo de desechos peligrosos que realiza el Hospital General San Felipe, se constató que este centro no tiene establecido un horario y frecuencia para trasladar los desechos peligrosos del lugar de almacenamiento intermedio al lugar de almacenamiento temporal aún y cuando ellos tienen establecidas las rutas críticas.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo VIII De la Recolección y Transporte, Artículos N° 42 numeral 2

Sobre el particular se solicitó las causas al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente, *“...Se adjunta bitácora y plano de rutas de manejo, traslado y almacenamiento de los desechos sólidos hospitalarios con sus flujos internos. Los planos y horarios se imprimirán y repartirán en las unidades productoras”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Se llevaron a cabo las inspecciones en el Hospital General San Felipe, se solicitó el horario y rutas de recolección y traslado de desechos hospitalarios comunes y peligrosos, las cuales no fueron proporcionadas. Posteriormente fue entregado un horario correspondiente al año 2013, lo cual está fuera del alcance de la auditoría. Se puede determinar que el auditado esta subsanando esta deficiencia, lo cual debe ser contemplado en plan de acción que presenten a este Ente contralor.

Al no tener en el Hospital General San Felipe un horario de recolección y traslado de desechos comunes y peligrosos, de la bodega de almacenamiento intermedio a la de almacenamiento temporal, provoca que al momento de transportar los mismos coincida con los horarios de mayor afluencia de pacientes y personas al hospital, poniendo en riesgo la salud de la comunidad hospitalaria.

**Recomendación N° 6**  
**Al Director del Hospital General San Felipe**

- 6.1 Imprimir los planos y horarios de las rutas para el traslado de los desechos de almacenamiento intermedio al almacenamiento temporal y entregarlos al personal a cargo de las unidades generadoras de desechos y a los responsables de recoger y trasladar los desechos a los lugares destinados, antes mencionados.
- 6.2 Establecer responsabilidades directas, por escrito para el personal de servicios generales y enfermería del establecimiento de salud (previa capacitación en manejo de desechos peligrosos) para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del establecimiento, realizando acciones operativas para el control sobre el manejo adecuado de este tipo de desechos.
- 6.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**7. EL ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS NO REÚNE LAS CONDICIONES ESPECIFICADAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al Inspeccionar in situ el Hospital General San Felipe, se constató que el lugar establecido para el almacenamiento temporal de los desechos no cuenta con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, las cuales se detallan a continuación:

- a) Falta cerco perimetral
- b) Falta la construcción de pileta para agua
- c) La bodega no tiene iluminación
- d) Falta de instalación de extintores



**Imagen No. 5.** Obsérvese las deficiencias encontradas en el sitio de almacenamiento temporal en el Hospital San Felipe.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo IX del Almacenamiento Temporal, Artículo N° 51 incisos, 2, 4, 5 y 9.

Sobre el particular se solicitó las causas al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente, “....Estas especificaciones han sido cumplidas en su mayor parte por nosotros a excepción de las lámparas ultravioleta y el aire acondicionado. Se cuenta con piso de cerámica el cual tiene el declive recomendado técnicamente y cuenta con 2 desagües uno en el compartimiento de desechos comunes y otro en el compartimiento de desechos peligrosos. Ambos ambientes están separados por una semipared, cuenta con fluido eléctrico el cual está en proceso de reparación. Este hospital se compromete a mejorar esa separación completando la pared y con entradas independientes. Se solicitará en el

*anteproyecto de presupuesto la instalación de lámparas ultravioleta, se colocará cerco perimetral para aislarlo aún más, se construirá pileta para agua, se reparará iluminación y se instalarán los extintores. El aire acondicionado está fuera del alcance de esta institución y en este país.”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En el momento que se realizó la inspección al Hospital General San Felipe se observó que dicha bodega no tiene iluminación y que la persona que realiza la limpieza derrama las aguas hacia el estacionamiento

Al no estar acondicionado, el sitio de almacenamiento temporal de desechos en el Hospital General San Felipe según especificaciones del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, genera contaminación de diversa índole al entorno inmediato y puede conllevar riesgos a los empleados que trabajan en el manejo de este tipo de desechos.

#### **Recomendación N° 7**

##### **Al Director del Hospital General San Felipe**

- 7.1 Gestionar los fondos para el acondicionamiento de la bodega destinada como almacenamiento temporal de los desechos y subsanar las deficiencias anteriormente señaladas.
- 7.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

#### **8. EL VEHÍCULO DE RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE EXTERNO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN EL HOSPITAL GENERAL SAN FELIPE NO REÚNE LAS CARACTERÍSTICAS ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al inspeccionar in situ el Hospital General San Felipe, se constató que el vehículo de recolección y transporte externo de los desechos peligrosos, no cumple con algunas de las características establecidas en el Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, las cuales se detallan a continuación:

- a) Rótulo que indique la presencia de material biopeligroso
- b) Logotipo universal reconocido, simbología tipo OPS/OMS que debe utilizarse para identificar el tipo de Desecho Peligroso Generado en Establecimientos de Salud
- c) Nomenclatura de licencia sanitaria. (Ver imagen N°6)



**Imagen No. 6.** Obsérvese que el vehículo que realiza la recolección y transporte externo de los desechos peligrosos en el Hospital General San Felipe no está rotulado indicando la presencia de material Biopeligroso.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo X, Artículos N° 56 numeral 8 y N°57.

Sobre el particular se solicitó las causas al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente, *“...En referencia a estos 2 acápite, El vehículo para el transporte de los desechos peligrosos y comunes es propiedad de la compañía de limpieza, ya que en el contrato entre la Secretaría de Salud y CODELEX, en el caso de este hospital, ellos proveen este transporte, sin embargo, se girarán inmediatas instrucciones a la compañía CODELEX para señalar con el logo internacional de desechos peligrosos el transporte de su propiedad según lo estipulan los artículos 55, 56 y 57 del reglamento vigente. Según el artículo 60 del reglamento vigente toda la vigilancia del manejo interno de los desechos sólidos hospitalarios ha sido ejecutada desde hace varios años por la unidad de desechos sólidos hospitalarios de este centro asistencial.”*

Al no estar debidamente rotulado el vehículo que recolecta y transporta externamente los desechos peligrosos, no advierte a la ciudadanía en general de la peligrosidad que el contenido de ese vehículo posee.

**Recomendación N° 8**  
**Al Director del Hospital General San Felipe**

Girar instrucciones a quien corresponda para que:

8.1 Se rotule el vehículo que realiza la recolección y transporte externo de los desechos peligrosos con las indicaciones establecidas en el Artículo N° 56 numeral 8 del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

8.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**9. EL PERSONAL DE LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO ENCARGADO DEL MANEJO DE DESECHOS PELIGROSOS NO CUENTA CON LOS CERTIFICADOS MÉDICOS ESTABLECIDOS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Durante la investigación realizada al Hospital General San Felipe, se constató que el personal de limpieza y mantenimiento contratado para el manejo de los desechos peligrosos no cuenta con los certificados médicos establecidos en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, como ser un examen físico pre-ocupacional, cobertura del Instituto Hondureño de Seguridad Social o bien de un servicio médico privado.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo XIII, Artículos 78, N° 79 y N° 80
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales del Hospital General San Felipe, Cláusula décima.

Sobre el particular se solicitó las causas al Doctor Arnoldo Zelaya Rodríguez, Director del Hospital General San Felipe, mediante oficio N° Presidencia/TSC-1016-2013 de fecha 14 de marzo del 2013; quien respondió mediante oficio N° 086-DHSFAI-13 de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente, “ *...Ese requerimiento solicitado por ese tribunal será canalizado a la compañía CODELEX, ya que según la cláusula decima: “Obligaciones del proveedor con el personal laborante”, es una responsabilidad exclusiva de CODELEX y no es una responsabilidad legal de la Secretaría de Salud.*”

Al no cumplir con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud referente a los certificados médicos que cada trabajador (examen físico pre-ocupacional) debiese tener conlleva a que el Hospital pudiese ser demandado si se llegase a presentar algún caso de contaminación producto de la inadecuada manipulación de este tipo de desechos.

### **Recomendación N° 9**

#### **Al Director del Hospital General San Felipe**

9.1 Requerir que el personal de las compañías de limpieza con las que se establezcan relaciones por contrato cuente con los certificados médicos tal como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud y velar por que las cláusulas en cada contrato sean cumplidas.

9.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **III. INSTITUTO CARDIOPULMONAR “HOSPITAL EL TORAX”**

#### **1. NO SE TIENE NOMBRADA A UNA PERSONA COMO RESPONSABLE DE LA GESTION OPERATIVA DE LOS DESECHOS Y LA MISMA NO HA RECIBIDO CAPACITACIONES PARA EL MANEJO CORRECTO DE ESTOS.**

Al inspeccionar el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), se comprobó que la persona responsable de la gestión operativa de los desechos, no está nombrada funcionalmente para que cumpla con las funciones de organizar, planificar, implementar y aplicar el plan de manejo y tomar las decisiones necesarias para cumplir con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de salud, asimismo; no le han brindado las capacitaciones respectivas para el correcto desarrollo de las actividades.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud Artículo N° 9

Sobre el particular, se solicitó la causa al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital El Tórax) según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013; quien respondió, según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: en el numeral 2-“*La institución Si cuenta con un responsable*

*encargado del manejo de los Desechos, que actualmente es el Señor Ramiro Zepeda López”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Si bien es cierto que el Hospital cuenta con un responsable encargado del manejo de los desechos, vale la pena mencionar que a ésta persona no se le ha asignado por escrito dicha función y además se comprobó in situ que es nuevo en el Hospital y nunca ha recibido capacitación sobre el tema tratado.

El no tener una persona nombrada para que realice la gestión operativa de los desechos generados en el Hospital y no brindarle las capacitaciones relativas a sus funciones, puede ser causal de riesgo para el desarrollo adecuado de las actividades, desde que se generan los desechos hasta su tratamiento y disposición final.

### **Recomendación N° 1**

#### **Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

- 1.1 Asignar una persona como responsable de la gestión operativa de los desechos generados en el hospital con la finalidad de que el conjunto de actividades que la persona asignada realice desde que se generen los desechos hasta su disposición final se efectúen conforme a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.
- 1.2 Capacitar a ésta persona sobre el manejo integral de los residuos hospitalarios, el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud y cualquier otro tema que a criterio del Director del hospital considere relevante.
- 1.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **2. LOS RECIPIENTES Y BOLSAS EN LOS QUE DEPOSITAN LOS DESECHOS PELIGROSOS NO CUMPLEN CON LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al inspeccionar in situ el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), se comprobó que los recipientes y bolsas en las que se depositan los desechos peligrosos no cumplen con las especificaciones establecidas

en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud, constatando lo siguiente:

- a) El hospital no cuenta con recipientes rígidos, que tengan tapadera accionada por pedal.
- b) Las bolsas y recipientes rígidos no son etiquetadas indicando la peligrosidad de su contenido, antes de ser transportados al sitio de almacenamiento temporal.
- c) Los recipientes que contienen desechos químicos no son colocados en bolsas rojas debidamente etiquetadas y siguiendo precauciones como ser: colocarlos en doble bolsa plástica roja o colocarlos en cajas de cartón, anotando la concentración de las soluciones, etiquetando los recipientes con la frase desecho químico peligroso. Ver imágenes a continuación:



**Imagen N° 1** Obsérvese que los recipientes plásticos no tienen tapa accionada por pedal; y en el caso de la imagen b el recipiente tiene el pedal pero no tiene la tapa.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud Artículos N° 16 y N° 26 numerales 1, 3 y 9.

Sobre el particular, se solicitó la causa al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax); según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de abril de 2013; quien respondió, según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: en el numeral 3-“*La compañía coloca recipientes de plástico con sus respectivas bolsas clasificadas, los encargados de la compañía se presentan dos veces por día a recoger la basura*”.

El no usar recipientes rígidos con tapa accionada por pedal, ocasiona que plagas como cucarachas y roedores ingresen en los recipientes donde se depositan los desechos y contaminen las áreas donde se cocinan los alimentos o áreas de atención a pacientes. Con respecto al etiquetado de las bolsas y recipientes que contienen desechos, el riesgo puede ser para el personal que labora en el traslado de los mismos de su sitio de origen al

sitio de almacenamiento temporal, ya que si no están claramente etiquetados, ellos no se darán cuenta del tipo de desecho que están tratando, sin tener los cuidados respectivos.

## **Recomendación N° 2**

### **Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

- 2.1 Requerir a la empresa que les brinda los servicios de limpieza que utilice recipientes rígidos con tapa accionada por pedal para el depósito de los desechos que se generen en el hospital.
- 2.2 Requerir a la empresa que les brinda los servicios de limpieza que etiquete las bolsas y recipientes que contienen los residuos que se generan en el hospital, como lo establece el Reglamento para el Manejo de Desechos Generados en los Establecimientos de Salud.
- 2.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **3. DEFICIENCIAS EN LA RECOLECCIÓN Y TRANSPORTE INTERNO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS**

Al inspeccionar in situ al Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital El Tórax), observamos las siguientes deficiencias en relación a la recolección y transporte interno de los desechos hospitalarios:

- a) No tienen una ruta crítica diseñada por la Dirección General.
- b) No tienen carros de tracción manual rotulados con la Leyenda: “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”
- c) Las bolsas plásticas donde se depositan los desechos peligrosos, no son etiquetadas con la siguiente información:
  - 1) Nombre del establecimiento.
  - 2) Fuente de generación.
  - 3) Tipo de desecho.
  - 4) Estado físico.
  - 5) Concentración o dilución (en caso de líquidos)
  - 8) Nombre del proveedor (en caso de desechos radioactivos)
  - 6) Fecha y hora de recolección.
  - 7) Nombre del responsable del llenado de la etiqueta.
- d) Los barriles y basureros no cuentan con sus respectivas etiquetas o leyendas que indiquen la peligrosidad de los desechos que ahí se depositan.
- e) Algunos barriles que almacenan desechos peligrosos, están agujereados.



**Imagen N° 4.** Obsérvese las deficiencias en la recolección y transporte interno de los desechos peligrosos.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo VIII de la recolección y transporte interno, Artículos N° 42 numerales 1, 2 y 4, 43, 45, 31,34 del Sistema de Etiquetado, Artículo N° 44 de la recolección interna.

Sobre el particular, se solicitó la causa mediante Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013, al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax); respondiendo el Doctor Joaquín Orlando Munguía, según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: en el numeral 10; *“A la compañía se le exige contar con los insumos necesarios para el cumplimiento de sus obligaciones, los cuales se encuentran en bodega para luego ser utilizados, el supervisión de la institución se encarga de su verificación.”*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Al momento de iniciar la Auditoría, se realizó una gira de supervisión e inspección por todo el complejo hospitalario, inclusive por las bodegas de la CHIC (Compañía Higienizadora Central S. de R. L)., observándose que lo que utilizan para transportar los desechos son carretas de mano de las que utilizan los albañiles, bolsas sin etiquetar, barriles plásticos con agujeros en el fondo que cuando se derraman líquidos de las bolsas es esparcido por el trayecto de traslado, además la Dirección del hospital no tiene definida una ruta crítica para el traslado de los desechos, quedando esto evidenciado en el momento de la inspección.

Al no realizar una adecuada recolección y transporte interno de los desechos que se generan en el Instituto, permite que se generen focos de infección en las diferentes áreas del hospital; poniendo en riesgo la salud de los pacientes como de las personas que laboran en el hospital.

**Recomendación N° 3**  
**Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

- 3.1 Requerir a la empresa de limpieza el cumplimiento de lo establecido en el Reglamento de Manejo de Desechos Sólidos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud en cuanto a las acciones correctas para la recolección y transporte interno de los desechos generados en el hospital como ser: uso de carros de tracción manual para el transporte de bolsas y recipientes, establecer horarios y frecuencia para la recolección de los desechos, establecer rutas críticas.
- 3.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**4. AL MOMENTO DE EFECTUAR SUS LABORES LOS EMPLEADOS DE LA COMPAÑÍA CHIC NO CUMPLEN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD**

Al supervisar e inspeccionar el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), se observó que los empleados de la empresa CHIC al momento de efectuar sus labores no cumplen con las medidas de seguridad ya que algunos de ellos no usan los implementos proporcionados por dicha empresa tales como: overoles, guantes gruesos para el manipuleo de los desechos, botas de hule, mascarillas, gorros y rozan con su cuerpo algunas bolsas rojas que contienen desechos peligrosos.



**Imagen N° 5** Obsérvese que no hay medidas de seguridad para los empleados de la empresa.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo VIII de la Recolección y Transporte Interno en sus Artículos N° 48 numerales del 1 al 5 y N° 81 numerales: 1, 4, 6, 7, 8 y 9.

Sobre el particular, se solicitó la causa según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013, al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax); respondiendo según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: *numeral 15 “Siempre se ha exigido a la compañía CHIC que su personal tenga las medidas de seguridad y que utilicen gafas, mascarillas, gorro, overoles y más aún en las áreas críticas”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Se comprobó en la inspección in-situ realizada por los auditores del TSC, que los empleados de la compañía CHIC no portaban la vestimenta e implementos adecuados para el desarrollo de su trabajo, tal como se aprecia en la imagen N° 5.

Al no cumplir los empleados de la empresa CHIC las medidas de higiene y seguridad, para su protección, ponen en riesgo su salud ya que pueden adquirir enfermedades infectocontagiosas.

**Recomendación N° 4.**

**Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax).**

- 4.1 Requerir el cumplimiento del contrato de prestación de servicios a los propietarios de la compañía que brinda los servicios de limpieza en lo referente a proporcionar al personal que labora en la recolección y manejo de desechos hospitalarios, los implementos necesarios para el desarrollo de su trabajo, y así evitar poner en riesgo la salud de los mismos.
- 4.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**5. EL PERSONAL MÉDICO Y DE ENFERMERIA DEL INSTITUTO NACIONAL CARDIO PULMONAR (HOSPITAL EL TÓRAX) NO CUMPLE CON LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD E HIGIENE AL MANIPULAR LOS DESECHOS PELIGROSOS**

Al inspeccionar in situ al Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital el Tórax) se comprobó que el personal médico y de enfermería, no cumple con las medidas de seguridad e higiene al manipular directa o indirectamente los desechos peligrosos, detalle a continuación:

- a) No están vacunados para protegerlos del contagio de enfermedades relacionadas al tipo de labores que desempeñan.
- b) No usan guantes de Látex, gorro ni mascarillas.



**Imagen N° 6** Obsérvese que el personal Médico y de Enfermería del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax) que labora en las áreas de VIH-SIDA y sala Cardiopulmonar no cumple con las medidas de seguridad e higiene al manipular los desechos peligrosos (sin mascarilla y sin guantes).

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud Artículos N°80 numerales 1 y 2, N° 81 numerales 1, 2, 6, 7, 8 y 9.

Sobre el particular, se solicitó la causa según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013, al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax); respondiendo, según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: en el numeral 12-*“No se ha aplicado la vacuna de Hepatitis B, porque cuando se ha solicitado no hay, y los empleados que lograron aplicársela ya no están porque laboraban por contrato. Los permanentes no tenemos forma de comprobar que recibimos el refuerzo porque la Región Metropolitana de Tegucigalpa ya no proporciona carnet de vacunación.*

Numeral 15: *Siempre se ha exigido a la compañía que su personal tenga las medidas de seguridad e higiene y que utilice gafas, mascarillas, gorro, overoles, y más en las áreas críticas, sin embargo se volverá a solicitar mediante oficio con copia a ese Tribunal”*

El no cumplir con de las medidas de seguridad e higiene establecidas en el Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, conlleva a que el personal médico y de enfermería del Instituto, corra el riesgo de contraer cualquier tipo de enfermedades, además de que incrementa el ausentismo laboral a causa de enfermedades y accidentes de trabajo.

**Recomendación N° 5**  
**Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

5.1 Requerir al personal que labora en las áreas donde se generan desechos peligrosos, que utilice el equipo de protección personal adecuado, de conformidad con los lineamientos establecidos en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud y las que determine la administración de acuerdo a los protocolos establecidos para prevenir todo tipo de riesgo.

5.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteadas anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión institucional.

**6. LA BODEGA DE ALMACENAMIENTO TEMPORAL DE LOS DESECHOS PELIGROSOS NO CUMPLE CON ALGUNAS ESPECIFICACIONES CONTEMPLADAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS MISMOS.**

Según lo observado en la gira de supervisión a la bodega de almacenamiento temporal de los desechos peligrosos, se constató que ésta no cumple con algunas especificaciones contempladas en el Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud, tales como: las paredes no son de contextura lisa, donde termina la pared y comienza el piso se forma un Angulo de 90°, el que debería ser redondeado de manera que no se formen esquinas, el piso carece de su ángulo apropiado hacia afuera de manera que corra el agua al momento de lavarlo, no existe alumbrado, no hay extintores contra Incendios, la pared lateral izquierda en su extremo superior tiene unas aberturas por las cuales pueden entrar a la bodega animales de diferentes especies a romper las bolsas y expandir la contaminación infecto contagiosa, los desechos peligrosos no son recolectados diariamente para su disposición final.



**Imagen N° 7.** Obsérvese que el almacén temporal de desechos no cumple con algunas especificaciones establecidas en el Reglamento creado para tal fin.

Incumpliendo así con lo establecido en:

- El capítulo IX del Almacenamiento Temporal del Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 51 y numerales 3, 5, 9, 10 y 11, Artículo N° 53.

Sobre el particular, se solicitó la causa mediante Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013, al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax); quien respondió, mediante Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente; *“...numeral 13; La bodega de almacenamiento temporal fue construida de acuerdo con las especificaciones exigidas por el representante del Tribunal Superior de Cuentas en el año 2,006, quien supervisó su construcción y cumple con los requerimientos técnicos y específicos para lo cual fue construida”*.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En la recomendación brindada en el año 2006 se establecía que el almacén temporal debe construirse con las especificaciones planteadas en el manual para el manejo de los desechos hospitalarios, y al realizar la inspección in situ al almacén temporal de desechos peligrosos, se pudo constatar que al momento de construir el almacén, no cumplieron con todas las especificaciones establecidas en los Artículos N° 51 y 53 del presente Reglamento.

Al no contar el almacén temporal de los desechos peligrosos con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, dificulta la labor de higiene y salubridad del establecimiento, corriendo el riesgo de que las instalaciones no estén totalmente desinfectadas, ocasionando enfermedades al personal que trabaja con los desechos ahí almacenados.

#### **Recomendación N° 6**

##### **Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax).**

- 6.1 Acondicionar la bodega de almacén temporal con todos los implementos y medidas necesarias para su funcionamiento (Extintor, pileta en óptimas condiciones, señalar y rotular de tal forma que se advierta la peligrosidad de su contenido, sellar los orificios, mantener cerrada y con llave la puerta del almacén temporal, entre otras).
- 6.2 Requerir que el personal que realiza labores en esta área use los implementos de protección personal y medidas de seguridad e higiene que estipula el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

6.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten, y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución

## **7. NO SE HAN ESTABLECIDO LAS RUTAS, FRECUENCIAS Y HORARIOS PARA EL TRANSPORTE EXTERNO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS**

Al inspeccionar in-situ al Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), se comprobó que no tienen establecidas las rutas, frecuencias y horarios para el transporte externo de los desechos peligrosos. De manera verbal se nos informó que la compañía CHIC (Compañía Higienizadora Central S. de R. L.) había tomado la decisión de hacer 2 viajes por semana al botadero municipal, en vista que la dirección del hospital no les ha girado ningún tipo de instrucciones al respecto. En algunas ocasiones los desechos son apilados en el cajón del vehículo asignado para realizar el transporte externo de éstos desechos.



**Imagen N° 8.** Obsérvese que las bolsas que contienen los desechos peligrosos son transportadas a granel hacia su disposición final.

Incumpliendo con lo establecido en:

- El capítulo X de la Recolección y Transporte Externo del Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud de Tegucigalpa en su Artículo N° 55.

Sobre el particular, se solicitó la causa según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013, al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax), quien respondió, según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: *el numeral 6; “La Dirección del hospital desconoce si la compañía sigue los requerimientos de transporte en su paso a través de la ciudad, pero se supervisa el transporte dentro del hospital. Sin embargo aceptamos que dicha ruta crítica no está señalizada con rótulos específicos”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En el desarrollo de la auditoría se constató que el Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax) no tiene establecida una ruta crítica, horarios ni frecuencias para el traslado de los desechos al almacén temporal o a su destino final.

El no tener el hospital definidas por escrito las rutas, frecuencias y horarios para transportar los desechos peligrosos al botadero municipal, ocasiona acumulación de los mismos en las áreas del hospital, generándose focos de infección y aumentando el riesgo de salud de los pacientes, empleados y personas que circulan en el área del hospital.

### **Recomendación N° 7**

#### **Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

- 7.1 Coordinar conjuntamente con los propietarios de la compañía de limpieza el diseño de las rutas, frecuencia y horarios más expeditos para el transporte de los desechos peligrosos producidos en el hospital.
- 7.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **8. EL VEHÍCULO PARA EL TRANSPORTE EXTERNO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS NO CUMPLE CON LAS ESPECIFICACIONES ESTABLECIDAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al supervisar in-situ el área de almacenamiento temporal de los desechos peligrosos observamos que el vehículo utilizado para el transporte externo de los mismos al botadero municipal, no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, a continuación se detallan algunas deficiencias:

- a) El interior del cajón del vehículo es demasiado pequeño.
- b) Las bolsas de color Rojo que contienen desechos peligrosos van aperchadas y el vehículo no tiene soportes que permitan sujetar las bolsas.
- c) No tiene el rótulo que dice “Se transporta producto Biopeligroso”.
- d) No tiene el Logotipo Universal de peligrosidad y ni la Nomenclatura de la Licencia Sanitaria.



**Imagen N° 9.** Obsérvese que el vehículo que transporta los desechos peligrosos no cumple con las especificaciones según Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Incumpliendo así con lo establecido en:

- El capítulo X de la Recolección y Transporte Externo del Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Capítulo X, Artículo N° 56 numerales: 1, 2, 3 y 8.

Sobre el particular, se solicitó la causa según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013, de fecha 02 de Abril de 2013, al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax); respondiendo según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente *numeral 8*; “*Se le ha exigido a la compañía de limpieza CHIC la necesidad de que cumpla con la respectiva rotulación que indique la presencia de material Biopeligroso, que cuente con su Logotipo Universal reconocido y la nomenclatura de la Licencia Sanitaria*”.

Al no cumplir el vehículo para el transporte externo de los desechos peligrosos con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, no advierte a la ciudadanía en general de la peligrosidad que el contenido de ese vehículo posee.

### **Recomendaciones N°8**

#### **Al Director del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)**

- 8.1 Requerir a la empresa que realiza la limpieza, el manejo y transporte de los desechos peligrosos que cumpla con las especificaciones

establecidas en el Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud en cuanto al vehículo que transporta los desechos al botadero municipal.

8.2 Verifique el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## 9. LOS DESECHOS LÍQUIDOS GENERADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL CARDIOPULMONAR (HOSPITAL EL TÓRAX) SON VERTIDOS EN EL ALCANTARILLADO PÚBLICO

En las inspecciones in situ realizadas a las áreas de patología, neumología, infectología y radiología del Hospital, observamos que los desechos líquidos generados en el Instituto Nacional Cardio Pulmonar como ser sangre, desechos de biopsias, esputos y desechos líquidos de radiología son depositados en el alcantarillado público municipal, sin tomar en consideración lo que estipula el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud (“...cuando drenen abundantes líquidos, se debe utilizar recipientes de material rígido, impermeable y resistente, con cierre seguro y hermético para evitar derrames siempre de color rojo y etiquetado, o llevar el símbolo universal de peligrosidad. En su defecto utilizar doble bolsa roja y colocarla en caja de cartón grueso...”).



**Imagen N° 2.** Obsérvese que los líquidos generados en áreas críticas son depositados en el alcantarillado público.

Incumpliendo lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 22, N° 62 y N° 69
- Normas Técnicas de las Descargas de Aguas Residuales a Cuerpos Receptores y Alcantarillado Público, Artículos N° 13 y N°19

Sobre el particular, se solicitó la causa al Doctor Joaquín Orlando Munguía, Sub Director General del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax) según Oficio Presidencia/TSC 1124-2013 de fecha 02 de Abril de 2013, quien respondió, según Oficio DM-059-2013 del 12 de abril del 2013; lo siguiente: en el numeral 4-*“Los desechos infecciosos de tejidos no fijados en formalina y de líquidos corporales frescos son descartados en bolsas rojas similar que los tóxicos, justo antes de ser transportados por la compañía de limpieza para evitar la proliferación bacteriana. Los líquidos van en tubos de ensayo bien tapados y con la advertencia respectiva y son tratados previamente con cloro, centrifugación y radiación ultravioleta.*

*Numeral 16: Referente a los Departamentos de Radiología, laboratorio, neumología, infectología y patología, si desechan adecuadamente los residuos químicos de revelado de placas radiográficas a través de drenaje de alcantarillado especial, y no se manejan desechos radioactivos.*

*Para las muestras de sangre, residuos de componentes sanguíneo, líquidos y fluidos corporales infectantes y no infectantes se aplica un tratamiento previo a ser desechado que implica, cloración adecuada, centrifugado exhaustivo, tratamiento con rayos ultravioleta y luego son colocados en recipientes herméticos específicos para finalmente ser introducidos en bolsas plásticas de color rojo debidamente rotuladas”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En la inspección de campo realizada en predios y edificios del Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax) se pudo constatar que los desechos líquidos infectocontagiosos y los desechos infecciosos de tejidos generados por los diferentes departamentos médicos, son descartados a través de la tubería que desemboca en el alcantarillado público y ésta a la vez recorre toda la Colonia La Campaña. Vale la pena mencionar que la comisión de Auditoría del TSC durante la inspección de campo realizada fue acompañada por el Señor Mario Gómez Jefe de Mantenimiento del hospital quien puede dar fe de lo observado por nosotros.

Al depositar los desechos líquidos hospitalarios en el alcantarillado sanitario, las descargas de aguas residuales en los cuerpos receptores aumentan el impacto negativo de afectar la salud de la población y el ambiente, pues con la contaminación de los cuerpos receptores acrecienta el riesgo de proliferación de enfermedades.

### **Recomendación N° 9**

#### **Al Director del Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital El Tórax)**

- 9.1 Requerir a la compañía de limpieza que utilice recipientes de material rígido, impermeable y resistente con cierre seguro y hermético para depositar los desechos líquidos generados en el hospital para trasladarlos en ellos hasta su disposición final en el botadero municipal en la fosa que está diseñada para ello.
- 9.2 Se dé un tratamiento previo a los desechos líquidos, si estos van a ser depositados a la red de alcantarillado público, conforme lo establece el Artículo N° 62 del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud (“el tratamiento de los desechos peligrosos podrá realizarse mediante las técnicas o procesos siguientes según las características de los desechos: a) Desinfección química, b) Esterilización con autoclave, microondas, gas/vapor o irradiación y c) incineración controlada”.
- 9.3 Se verifique el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **IV. HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA**

### **1. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA NO CUENTA CON COPIA DE LOS CONTRATOS CONTRAÍDOS CON LA COMPAÑÍA DE LIMPIEZA E HIGIENIZACIÓN DE LOS AÑOS 2006 Y 2008**

Se realizó una entrevista con las autoridades del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita donde se nos confirmó que ellos no cuentan con la copia de los contratos suscritos entre la Secretaría de Salud y la compañía de limpieza e higienización de los años 2006 y 2008.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Marco Rector del Control Interno Institucional de los Recursos Públicos, TSC-NOGECI VI-06

Sobre el particular se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-1099-2013 de fecha 14 de marzo del 2013, al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado; quien respondió mediante oficio N° 020-1013-ADHOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente: *“No tenemos copias de los contrato contraídos con la compañía de limpieza e higienización de los años 2006 y 2008”*

Al no contar con la copia de los contratos contraídos con la compañía de limpieza e higienización contratada por el hospital impide verificar si la compañía cumple con lo establecido en las cláusulas correspondientes, además no se cuenta con el instrumento legal para ejecutar cualquier reclamo a la empresa ante todo tipo de incumplimiento.

### **Recomendación N°1**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 1.1 Solicitar a la Secretaría de Salud copia de los contratos suscritos con la empresa encargada de la limpieza e higienización del hospital.
- 1.2 Instruir a quien corresponda para que se lleve un archivo por año de los contratos suscritos con las empresas encargadas de la limpieza e higienización del hospital y que a cada uno de ellos se le adjunte el informe de supervisión que comprueba el cumplimiento de las cláusulas contractuales por dicha empresa.
- 1.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **2. NO SE HA ASIGNADO UNA PERSONA RESPONSABLE PARA COORDINAR CON LA COMPAÑÍA ENCARGADA DE LA LIMPIEZA E HIGIENIZACIÓN DEL HOSPITAL EL CUMPLIMIENTO DE LOS CONTRATOS SUSCRITOS**

Al inspeccionar el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita se constató que no se ha asignado oficialmente a una persona encargada de verificar las actividades que la compañía de limpieza efectúa para comprobar el cumplimiento del Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, infecciosos y Especiales del Hospital, por lo tanto no existe una supervisión continua de los trabajos que la empresa realiza.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos públicos de Salud, Artículos N° 9, N° 10 y N° 55.
- Marco Rector de Control Interno Institucional de los Recursos Públicos TSC-NOGECI V-09 Supervisión Constante
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, Infecciosos y Especiales del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Cláusula Novena.

Sobre el particular, se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-1102-2013 de fecha 14 de marzo del 2013, al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente descrito quien respondió mediante oficio N° 019-1013-ADHOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA de fecha 03 de abril del 2013 lo siguiente: *“En la actualidad no contamos con la persona para supervisar dicha actividades, por falta de conocimiento que el hospital tenía que asignar una persona para supervisar a la compañía de limpieza”*.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Se pudo observar en las inspecciones realizadas al Hospital Psiquiátrico Santa Rosita que cuentan con una persona que coordina de manera informal las actividades que debe cumplir la compañía de limpieza e higienización, pero esta persona no lleva un detalle de las obligaciones que la compañía debe cumplir conforme a lo establecido en el contrato.

Al no tener una persona oficialmente encargada para que coordine y supervise el trabajo que realiza la empresa que presta los servicios de limpieza e higienización del hospital se corre el riesgo que no realicen un buen manejo de los desechos peligrosos que se generan en el mismo; acarreando serios riesgos para la salud de los pacientes, empleados, visitas y medio ambiente; también un riesgo de contaminación de los alimentos de los pacientes.

### **Recomendación N° 2**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

Girar instrucciones a quien corresponda:

- 2.1 Asignar oficialmente a una persona encargada de coordinar con la compañía de limpieza e higienización, las actividades a realizar según lo establecido en las cláusulas del Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos infecciosos y Especiales del Hospital.
- 2.2 Instruir y capacitar a la persona asignada para coordinar con la compañía de limpieza el cumplimiento de las actividades según contrato, y llevar un registro por escrito y archivar las acciones realizadas.
- 2.3 Realizar supervisiones periódicas a las labores que efectúa la compañía de limpieza e higienización para verificar el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los contratos y notificar por escrito a la compañía los incumplimientos de las mismas.

- 2.4 Verificar que previo al pago de los servicios prestados por la compañía de limpieza e higienización, se compruebe la subsanación de los incumplimientos contractuales comprobados en la supervisión.
- 2.5 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **3. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA NO LLEVA UN REGISTRO DIARIO DE ASISTENCIA DE LOS EMPLEADOS QUE LA COMPAÑÍA DE LIMPIEZA ASIGNA AL HOSPITAL PARA REALIZAR LAS LABORES**

Al auditar el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita se comprobó que no se lleva un registro diario de asistencia de los 31 empleados que la compañía de limpieza ha asignado al hospital para realizar las labores diarias, esto para verificar y constatar que el personal que llega a trabajar corresponde al establecido en las cláusulas contractuales.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento de Personal de la Secretaría de Trabajo y Seguridad Social, Capítulo IV, Artículo N° 17.
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, infecciosos y Especiales del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Cláusula Octava.

Sobre el particular se solicitó al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita mediante oficio N° Presidencia/TSC-1102-2013 de fecha 14 de marzo del 2013, lo siguiente: proporcionar copias de los registros diarios de los empleados asignados por la compañía de limpieza al hospital, correspondiente a los años 2011 y 2012, quien contestó mediante oficio N° 019-1013-ADHOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA de fecha 03 de abril del 2013, lo siguiente: *“La compañía de limpieza no brindaron la información necesaria”*.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Durante la inspección realizada al Hospital Psiquiátrico Santa Rosita se nos informó verbalmente que la compañía que actualmente realiza las actividades de limpieza no cumple con el número de empleados estipulado en el contrato, el Hospital no lleva un registro diario de este personal por lo tanto no se pudo determinar tal afirmación. Se indagó con la compañía de limpieza y tampoco llevan un registro de su personal para poder hacer un cruce de la información.

Al no llevar un control diario de asistencia de los empleados que la

compañía de limpieza e higienización ha asignado al hospital para realizar sus labores, no se puede comprobar el cumplimiento de la asignación de las 31 personas para realizar las actividades diarias tal y como lo establece la cláusula octava del contrato, y esto produce que las labores no se realicen en tiempo y forma.

### **Recomendación N° 3**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 3.1 Llevar un registro diario del personal asignado por la compañía para realizar la limpieza del hospital, como control interno del hospital.
- 3.2 Requerir por escrito a la Compañía de Limpieza para que inmediatamente se lleve un registro digital y diario del personal asignado al Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, y llevar un archivo en físico con los informes mensuales de la asistencia.
- 3.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **ETAPA DE SEGREGACIÓN**

Para determinar los hallazgos siguientes se evaluó cada una de las etapas del proceso de gestión de desechos. Se aplicó una guía a las autoridades del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita y se realizó inspección in situ en relación a la Segregación de los Desechos Hospitalarios para la verificación del cumplimiento del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos públicos de Salud. Se identificaron varias deficiencias detalladas a continuación:

#### **4. NO SE HA CAPACITADO AL PERSONAL MÉDICO, DE ENFERMERÍA, ADMINISTRATIVO, PERSONAL DE SERVICIOS VARIOS, PERMANENTE Y TEMPORAL, EN EL TEMA DE SEGREGACIÓN DE LOS DESECHOS PELIGROSOS**

Al inspeccionar el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita se constató que el mismo no ha brindado ninguna capacitación al personal médico, de enfermería, administrativo, personal de servicios varios, permanente o temporal, sobre el manejo de los desechos peligrosos y sobre su correcta segregación.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74.
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los de Salud, Artículo N° 11.

Sobre el particular se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, lo siguiente; Informar porque no está capacitado el personal médico, de enfermería, administrativo, personal de servicios varios, permanente o temporal, en función a la correcta segregación de los desechos hospitalarios al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado; respondiendo mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente: *“El personal médico, enfermería, administrativo, servicios generales, contratos no se han capacitado debido a que el personal que se capacito dejo de laborar en este hospital ya que fue cesanteado y pensionado, y no se le dio el seguimiento adecuado para capacitar al personal que labora actualmente para el control de la segregación de los desechos hospitalarios y en la actualidad la compañía de limpieza e higienización no ha capacitado a su personal para el manejo adecuado de la segregación de los desechos hospitalarios el cual es de su obligación”*.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Es una responsabilidad del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita brindar capacitación a todo el personal que lo requiere incluyendo a los empleados de limpieza en función de la correcta segregación de los desechos peligrosos y de acuerdo a lo descrito en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos y Generados en los Establecimientos de Salud, requiriendo a la compañía de limpieza capacitar y certificar a todo su personal conforme a lo establecido en dicho Reglamento y a la legislación relacionada a los trabajos bajo su responsabilidad.

Al no capacitar al personal que constantemente está manipulando los desechos peligrosos como ser: médicos y enfermeras quienes son los que los generan; así como el personal de servicios varios encargados del manejo de los mismos, se corre el riesgo de ocurrencias de accidentes y que éstas personas adquieran enfermedades infecciosas relacionadas con los desechos generados en el hospital, poniendo en riesgo la salud de los empleados, quienes en su mayoría no cuentan con seguro médico que les cubra cualquier contingencia laboral.

**Recomendación N° 4**  
**Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

Girar instrucciones a quien corresponda de:

- 4.1 Capacitar al personal médico, de enfermería, administrativo, personal de servicios varios (Empleados de limpieza), permanente o temporal, sobre la correcta segregación de los desechos peligrosos, para asegurar el entendimiento de los riesgos que el manejo de estos conlleva, cómo protegerse de enfermedades; asimismo, cómo manejarlos.
  - 4.2 Instruir por escrito a la compañía de limpieza para que se les proporcione certificados sobre el conocimiento del manejo de los desechos peligrosos al personal que destina a estas labores para tener la certeza de que las mismas tienen el conocimiento adecuado para el manejo de los desechos peligrosos.
  - 4.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.
- 5. LAS BOLSAS DONDE SE DEPOSITAN LOS RESIDUOS PELIGROSOS GENERADOS EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA, NO SE COLOCAN EN RECIPIENTES RÍGIDOS CON TAPA ACCIONADA POR PEDAL**

En las inspecciones realizadas al Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, se constató que las bolsas donde se depositan los desechos peligrosos generados en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, no se colocan en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal. Tal y como se muestra a continuación:



**Imagen N° 1.** Uso de Recipientes sin tapa accionada, área de Laboratorio y Enfermería.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, Artículo N° 16.

Sobre el particular se solicitó al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, el por qué no se ha efectuado el uso de recipientes rígidos, con tapa accionada de pedal para la disposición de los desechos, quien respondió mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente: *“Los recipientes que la compañía usa no son los adecuados, ya que en el contrato de servicios no especifica que tienen que ser con tapa accionada de pedal para el depósito de los desechos”*.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** Si bien es cierto que el contrato no estipula que se debe de utilizar recipientes con tapa accionada de pedal para la disposición final de los desechos, el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, si lo indica.

Al no tener depósitos de basura rígidos y con tapa que se activen con pedal, provoca la introducción de ratones, cucarachas, moscas, o cualquier tipo de vectores que provoquen la propagación de enfermedades y que los malos olores se dispersen causando contaminación en el ambiente y aumentando el riesgo de salud en los pacientes, empleados y personas ajenas que visitan el hospital.

### **Recomendación N° 5**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 5.1 Girar instrucciones a la compañía de limpieza para que inmediatamente se implemente el uso de recipientes con tapa accionada de pedal para la disposición de los desechos generados en el hospital.
- 5.2 Coordinar con la Secretaría de Salud para que se incluyan en cada contrato todas las disposiciones dictadas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud.
- 5.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se

documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

**6. LOS DESECHOS DE VIDRIO NO CONTAMINADO SON COLOCADOS EN RECIPIENTES QUE NO REÚNEN LAS DISPOSICIONES INDICADAS EN EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al inspeccionar in situ el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, comprobamos que no utilizan recipientes de plástico o metal con tapa accionada por pedal de forma cilíndrica o cúbica para la disposición de los desechos de vidrio no contaminado, tal y como lo detallan la cláusula séptima del contrato de limpieza e higienización suscrito entre la empresa de limpieza y la Secretaría de Salud y el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, Artículo N° 17.
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, infecciosos y Especiales del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Cláusula Séptima, inciso b) Envases Rígidos.

Sobre el particular se solicitó al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado, mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, quien respondió mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente: *“Este tipo de desechos son colocados en los mismos recipientes que usa normalmente por lo ya antes” (lo antes mencionado)“ Los recipientes que la compañía usa no son los adecuados, ya que en el contrato de servicios no especifica”.*

Al no colocar los desechos de vidrio no contaminados en recipientes de plástico o metal con tapa accionada de pedal de forma cilíndrica o cubica, generará accidentes (heridas) a las personas que manipulan los desechos, pudiendo causar también enfermedades infecciosas en los empleados.

**Recomendación N° 6**

**Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 6.1 Girar instrucciones por escrito a la compañía de limpieza para que inmediatamente se instalen los recipientes de plástico o metal con

tapa accionada de pedal para la disposición de los desechos de vidrio no contaminados.

6.2 Coordinar con la Secretaría de Salud para que se incluya en cada contrato todas las disposiciones dictadas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud y que se incluya el uso de recipientes de plástico o metal con tapa accionada de pedal para la disposición de los desechos de vidrio no contaminados.

6.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **7. LOS DESECHOS INFECCIOSOS Y PATOLÓGICOS NO SON SEGREGADOS COMO LO ESTABLECE EL REGLAMENTO PARA EL MANEJO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS GENERADOS EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

Al inspeccionar in situ el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, se constató que los desechos infecciosos y patológicos no son segregados como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud, el cual establece que los desechos infecciosos y patológicos sin líquidos serán segregados en bolsas de color rojo y etiquetadas y cuando tienen abundantes líquidos se deben utilizar recipientes de material rígido impermeable y resistente, con cierre seguro y hermético para evitar derrames o en su defecto utilizar doble bolsa roja debidamente etiquetada con el símbolo de peligrosidad y después colocarlos en cajas de cartón. Se constató que lo que utilizan son barriles los cuales están muy deteriorados que provocan derrames, tal como se muestra en las siguientes fotografías:



**Imagen No.2** Obsérvese el uso de barriles para el depósito de los desechos peligrosos.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 22.
- Contrato de Servicios de Limpieza e Higienización y Manejo de los Desechos Sólidos, infecciosos y Especiales del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, Cláusula Séptima, inciso a) Recipientes Herméticos.

Sobre el particular se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, lo siguiente; Para el depósito de los desechos infecciosos no se utilizan recipientes de material rígido, impermeable y resistente, con cierre seguro y hermético para evitar derrames al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado; quien respondió mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente; *“No se utilizan por el desconocimiento de que tienen las compañías de limpieza por no capacitar el personal en el manejo de los desechos infecciosos (solo se usan botes plásticos y seguidamente los llevan al botadero)”*

Al no utilizar recipientes de material rígido impermeable y resistente, con cierre seguro y hermético para evitar derrames de desechos infecciosos y patológicos, producción de olores y contaminación, genera daño ambiental y sanitario, produciendo bacterias que causan enfermedades y pudiendo incurrir en costos adicionales para el hospital ante cualquier propagación de enfermedades.

### **Recomendación N° 7**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 7.1 Requerir por escrito a la compañía de limpieza para que inmediatamente se utilicen recipientes de material rígido impermeable y resistente, con cierre seguro y hermético para evitar derrames de desechos infecciosos tal y como se describe en el contrato de prestación de servicios de limpieza.
- 7.2 Verificar que la instrucción girada para el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente se realice, se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## 8. LOS ENVASES PLÁSTICOS QUE CONTIENEN DESECHOS PUNZO CORTANTES NO SON ETIQUETADOS

Se visitó el área de enfermería y laboratorio y se identificó que no etiquetan los envases plásticos que contienen desechos punzo cortantes con la leyenda “Peligro Desechos Punzo Cortantes” ver las siguientes fotografías:



**Imagen No.3.** Obsérvese que no rotulan los envases plásticos con la leyenda “Peligro Desechos Punzo Cortantes”.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, Artículo N° 23.

Sobre el particular se solicitó al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado, mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, quien respondió mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente: *“Falta de información y seguimiento de las capacitaciones que se debe de dar al personal de la compañía de limpieza (pero si se etiquetan con masqui para diferenciar)”*.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** durante las giras se verificó que en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no se etiquetan los envases plásticos que contienen desechos punzo cortantes con la leyenda “Peligro Desechos Punzo Cortantes”, de lo anterior debe estar pendiente tanto la compañía de limpieza como el personal de laboratorio y enfermería del hospital.

Al no rotular los envases plásticos que contienen desechos punzo cortantes con la leyenda “Peligro Desechos Punzo Cortantes” genera riesgo para la salud de los trabajadores, pacientes y visitantes, por lo que deben ser dispuestos adecuadamente para no incidir negativamente sobre el ambiente

y las personas, minimizando los potenciales riesgos de penetrar y/o cortar tejidos de las personas que los manipulan, y así evitar infecciones y/o transmisión de enfermedades, por haber estado en contacto con agentes infectados.

### **Recomendación N° 8**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 8.1 Instruir al personal de enfermería y encargados del laboratorio que coordinen el personal de la empresa de limpieza para que mantengan rotulados los envases donde se depositan los desechos punzo cortantes con la leyenda "**Peligro Desechos Punzo Cortantes**" y que se establezca un sistema de manejo de los mismos.
- 8.2 Capacitar al personal de enfermería y laboratorio para que efectúen de la manera correcta el proceso de manejo de desechos punzo cortantes.
- 8.3 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **9. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA NO CUENTA CON UNA ZONA DE ALMACENAMIENTO INTERMEDIO PARA COLOCAR LOS RECIPIENTES RÍGIDOS CON TAPA QUE CONTIENEN LAS BOLSAS CON DESECHOS PELIGROSOS**

Se verificó que el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no tiene un área exclusiva como zona de almacenamiento intermedio de los recipientes rígidos con tapa donde se almacenan los desechos peligrosos generados y a la vez separarlos de los recipientes que contengan desechos comunes.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74.
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, Artículo N° 35.

Sobre el particular se solicitó al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado, mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, quien contestó mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente: *"Ya que el hospital está fuera de la capital y el tren de aseo no brinda ese servicio no se puede almacenar o*

*tener un intermedio sino que los desechos se trasladan diariamente al basurero general que está ubicado aproximadamente a 250 metros en el hospital y luego lo incineran”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** El almacenamiento intermedio es recomendable para un mejor manejo de los desechos peligrosos generados diariamente, manteniendo programados los horarios y las rutas de traslado de estos al basurero general.

Al no contar con un área exclusiva como zona de almacenamiento intermedio para colocar los recipientes rígidos con tapa que contienen los desechos peligrosos generados en el hospital sobre saturación de los basureros instalados en las salas creando contaminación y riesgo de contraer enfermedades para los pacientes, empleados y personas que visitan el hospital, así como daño al ambiente.

### **Recomendación N° 9**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 9.1 Coordinar con la compañía de limpieza para que se defina un área de almacenamiento intermedio de los desechos peligrosos ubicados en una zona que sea exclusiva para su depósito, aislada, con suficiente ventilación e iluminación, para luego ser trasladados en los horarios y rutas correspondientes hasta su disposición final.
- 9.2 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **DE LA RECOLECCIÓN Y EL TRANSPORTE INTERNO.**

## **10. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA NO CUENTA CON UN HORARIO Y FRECUENCIA PARA TRASLADAR LOS DESECHOS HOSPITALARIOS HASTA SU DISPOSICIÓN FINAL**

Durante la investigación, se constató que el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita no ha coordinado con la compañía de limpieza un horario y frecuencia para el traslado de recipientes que contienen desechos hospitalarios hasta su disposición final (botadero) para que estos no interfieran con los servicios de salud.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, Artículo N° 42 numeral 2, 45 y 55.

Sobre el particular se solicitó al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado, mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, quien contestó mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente: *“No se tienen un horario ya que se hace diariamente, el cual se hace general tanto los desechos peligrosos como los que no son peligrosos siguiendo la misma ruta de evacuación ya establecida hacia el botadero general para su incineración”.*

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita la recolección se realiza diariamente pero de una manera desordenada ya que se observó que no tienen una hora establecida, sino que lo realizan a cualquier hora.

El no contar con un horario y frecuencia para el traslado de los recipientes que contienen de desechos hospitalarios hasta su disposición final, puede coincidir con otros procedimientos propios del hospital, potencializando riesgos de contaminación al medio ambiente, los alimentos, los pacientes y el resto de la comunidad hospitalaria.

### **Recomendación N° 10**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

10.1 Coordinar con la compañía de limpieza la elaboración e implementación del horario y frecuencia del traslado de los recipientes que contienen desechos hospitalarios a su disposición final, sin que las actividades de recolección y traslado interfieran con los servicios de salud, y se lleven a cabo con eficiencia y seguridad.

10.2 Verificar que las instrucciones giradas para el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **DE LA DISPOSICIÓN FINAL DE LOS DESECHOS**

#### **11. EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA NO DISPONE DE UNA FOSA DE SEGURIDAD PARA DEPOSITAR LOS DESECHOS BIO-INFECIOSOS Y OBJETOS PUNZO CORTANTES**

Al inspeccionar in situ el lugar destinado por el Hospital Psiquiátrico Santa

Rosita para la disposición final de los desechos tanto comunes como bio-infecciosos, se constató que no se dispone de una fosa de seguridad para depositar los desechos bio-infecciosos y objetos punzo cortantes. Éstos son depositados y mezclados con los desechos comunes, tal como se demuestra en las siguientes fotografías:



**Imagen No.4.** Obsérvese que el Hospital no dispone de una fosa de disposición final adecuada para el depósito de los desechos bio-infecciosos y objetos punzo cortantes.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Ley General del Ambiente, Capítulo IV, Ambiente y Salud Humana, Artículo N° 74.
- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos Públicos de Salud, Artículos N° 75 y 76.
- Código de Salud, Capítulo 4, De los Desechos Sólidos, Artículo N° 53.

Sobre el particular se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-868-2013 de fecha 26 de febrero del 2013, lo siguiente: Porque no cuentan con el sistema de relleno sanitario autorizado por la municipalidad para depositar los desechos peligrosos una vez tratados o desnaturalizados al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado; quien respondió mediante oficio N° 040-1013-DPHNPSR de fecha 05 de marzo del 2013, lo siguiente *“No se cuenta con el sistema debido a que este centro asistencial está ubicado fuera del perímetro urbano de la ciudad, en un tiempo atrás se hizo la solicitud a la Alcaldía Municipal sobre este servicio pero fue denegado por esta, lo mismo ocurrió con el Ministerio del Ambiente donde se le solicitó la construcción de un incinerador de los desechos peligrosos de este hospital, El hospital siempre ha estado pendiente en mejorar el tratamiento de los desechos que se generan en el mismo”*.

Al no disponer de fosas de seguridad para depositar por separado los desechos bio-infecciosos y objetos punzo cortantes de los desechos comunes puede ocasionar peligros a la salud y riesgos ambientales, emanando malos olores, presencia de aves carroñeras, roedores, moscas,

y otros insectos portadores de enfermedades.

**Recomendación N° 11**

**Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 11.1 Realizar las gestiones para solicitar a la Municipalidad y a la Secretaría de Recursos Naturales y Ambiente (SERNA) la autorización del lugar que se dispone para depositar los desechos generados por el hospital.
- 11.2 Una vez que se disponga del lugar, realizar las gestiones para implementar una fosa para cada tipo de desecho, a las cuales se le deben aplicar una capa de cal y otra de tierra diariamente llevando un registro de la ubicación de las fosas de seguridad según el tipo de desecho.
- 11.3 Gestionar capacitación para implementar la elaboración de abono orgánico de los desechos generados una vez separados.
- 11.4 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente, para futuros procesos de evaluación de la gestión de las mismas.

**12. LAS INSTALACIONES DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA NO CUMPLEN CON LAS CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS REQUERIDAS**

Al Inspeccionar in situ el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, observamos las condiciones ambientales inadecuadas de sus instalaciones las cuales ponen en alto riesgo la seguridad y la higiene de los pacientes internos del hospital, los empleados y personas que transitan por el mismo, considerando que tanto la seguridad como la higiene son dos elementos importantes para proteger la vida, salud e integridad corporal de los pacientes internos y empleados del hospital. A continuación se detallan las situaciones encontradas y registradas en el Cuestionario de Condiciones Ambientales (formato DARNA/TSC) aplicado en el Hospital:

- a) No cuentan con un sistema adecuado para el control de plagas y/o vectores (insectos, roedores etc.) con redcillas en los tragantes de agua que hay en la parte interna y externa de las instalaciones del Hospital.
- b) En el área de la cocina la ventilación e iluminación no es adecuada.
- c) El servicio sanitario está ubicado cerca del área de procesos, manipulación y servicio de los alimentos (Cocina).

- d) No proporcionan jabón y toallas desechables o secadores automáticos en los lavamanos.
- e) No se han instalado extinguidores en el edificio del hospital (los que tienen están en abandono en una bodega, mismos que están en buen estado pero no están recargados).
- f) No tienen establecida una ruta de evacuación en caso de que ocurra una emergencia (siniestros u otra eventualidad).
- g) Los pacientes internos no cuentan con las condiciones de protección personal en época de frío (ropa de cama, cobijas, ropa hospitalaria adecuada).
- h) Las camas de los pacientes internos están en mal estado.
- i) La ropa de los pacientes internos se mantiene sucia.
- j) Las puertas y ventanas de las salas donde están los pacientes internos no son adecuadas y se encuentran en mal estado, las ventanas solo tienen malla ciclón y ningún tipo de protección contra el viento.
- k) Las condiciones físicas del edificio (paredes, puertas, ventanas, interruptores, alambrado eléctrico y tubería de distribución de agua) están en malas condiciones.
- l) Las lavadoras de ropa que tienen en el Hospital se encuentran en mal estado.



**Imagen No. 5** Tragante dañado (Inciso a)



**Imagen No. 6** Servicio Sanitario (Inciso c) y extintores abandonados (e



**Imagen No. 7** Camas en mal estado (Inciso h) y ropa sucia (Inciso i)



**Imagen No. 8** pacientes con su ropa sucia (Inciso i) y puertas en mal estado (Inciso j)



**Imagen No.9** Ventanas y paredes en mal estado (Inciso j) y



**Imagen No. 10** Tubería en mal estado (Inciso k)



**Imagen No. 11** Interruptores y lavadoras en mal estado (Inciso k)

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Control Sanitario de Productos y Servicios de Establecimientos de Interés Sanitario, Artículo N° 19.
- Código de Salud, Artículos N° 69 y N° 117.

- Reglamento General sobre Higiene y Seguridad en el Trabajo, Capítulo VII, Artículos N° 23, N° 85 y N° 92

Se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-1143-2013 de fecha 01 de abril del 2013, al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado; respondiendo mediante oficio N° 051-1013-ADHOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA de fecha 09 de abril del 2013, lo siguiente: *“Las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita están ubicados en el área rural en el Valle de Amarateca por tanto estamos en el habitar de insectos y roedores como zancudos, moscas, cucarachas, ratas y otros. La compañía encargada de aseo del hospital le da el debido mantenimiento y limpieza a las instalaciones, no se realiza de manera frecuente las fumigaciones, Respecto a la ventilación e iluminación en el área de la cocina, no cuenta con las instalaciones adecuadas por falta de recursos económicos para el mejoramiento de la infraestructura, se están gestionando los fondos necesarios para la construcción de la cocina, la actual infraestructura del área de cocina fue construida hace 30 años, Los servicios de este departamento están cercanos al área de manipulación y proceso de alimentos, debido a que las instalaciones fueron construidas hace 30 años y no fueron diseñadas de la manera más adecuada, y lastimosamente por falta de presupuesto no se le ha podido hacer mejoras y El departamento de cocina actualmente se suministra cierta cantidad de jabón y si no se usa o se coloca en los lavamanos es por cuestiones de conducta o normas del personal de cocina, en cuanto a las toallas desechables y secadores automáticos nunca se han puesto. Estos suministros son parte de un proyecto de mejoras a un corto plazo”.*

En relación a los incisos e), f), g), h), i), j) y k) se solicitó mediante oficio N° Presidencia/TSC-1143-2013 de fecha 01 de abril del 2013, al Doctor Marvin Antonio Macedo, Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, las causas de lo anteriormente expresado; quien respondió mediante oficio N° 051-1013-ADHOSPITAL PSIQUIÁTRICO SANTA ROSITA de fecha 09 de abril del 2013, lo siguiente: *“La falta de extintores, como uno más de los muchos problemas de este hospital no han sido solucionada por la falta de presupuesto ya que estos se vencieron, Actualmente se está trabajando para crear y demarcar una ruta de evacuación de emergencias para todos los empleados de los distintos departamentos y como prioridad el departamento de cocina, si contamos con esas condiciones pero no se logra tener el resultado deseado ya que no se cuenta con un departamento de lavandería adecuado y por el tipo de paciente que tenemos, ya que ellos a veces rompen la ropa o la cambian por algún objeto con otro paciente En el momento que se les pone si están limpias porque la ropa se manda a lavar al departamento de lavandería y debido a que los pacientes son especiales y carecen de salud mental por lo que ensucian con rapidez y*

además de eso el departamento de lavandería no cuenta con equipo adecuado y Porque la infraestructura física fueron construidas en 1976 y a la fecha no han sido remodeladas por falta de recursos económicos. Excepto la sala de varones y la sala de infanto juvenil las cuales aún no han sido terminadas por falta de presupuesto.”

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** El Hospital cuenta con lavadoras industriales pero estas se encuentran en mal estado se observó que los pacientes se mantienen diariamente con su ropa sucia; en relación a las puertas y ventanas el hospital cuenta con un taller de carpintería totalmente equipado y con sus respectivos carpinteros pero éstos no cuentan con los materiales necesarios y en relación a los extintores estos están almacenados en una bodega en buen estado pero sin la recarga.

Al no contar las instalaciones del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita con las condiciones mínimas ambientales requeridas para ofrecer un lugar digno para los pacientes internos y a los empleados aumenta el porcentaje de enfermedades causadas por exposiciones al aire libre, insectos, roedores y microbios, generando también malos olores en los pacientes por las condiciones en que mantienen su ropa, y en relación a la inseguridad; exponen a cualquier accidente por no contar con las medidas adecuadas para proteger a los pacientes; también en caso de ocurrir un incendio éste no se puede controlar por la falta de extintores a disposición de los empleados en caso de necesitarse.

### **Recomendación N° 12**

#### **Al Director del Hospital Psiquiátrico Santa Rosita**

- 12.1 Subsanan las deficiencias señaladas y verificar que las mismas sean eficaces para erradicar la problemática planteada en este hallazgo y detallar en el plan de acción las labores a realizar con su respectivo cronograma de implementación y así darle solución a cada una de ellas.
- 12.2 Verificar que la instrucción girada para el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente se realicen, se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## V. CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO

### 1. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO SE ETIQUETAN LOS RECIPIENTES DONDE SE DEPOSITAN LOS DESECHOS HOSPITALARIOS

Al inspeccionar in situ el Centro de Salud Alonso Suazo, se comprobó que los recipientes donde se depositan los desechos hospitalarios no los rotulan conforme al tipo de residuos que almacenan (peligrosos o comunes), además no se tiene establecido el procedimiento de etiquetado que permita el manejo adecuado de los desechos hospitalarios, identificando la peligrosidad de su contenido, así:

- a) Los recipientes destinados para el depósito de los desechos infecciosos no se etiquetan con el símbolo universal de peligrosidad.



**Imagen N° 1** Obsérvese que los recipientes no están etiquetados con el símbolo de peligrosidad.

- b) El recipiente ubicado en la sala de espera de Odontología que contiene desechos comunes, tampoco está etiquetado.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 12 y N° 31

Sobre el particular se solicitó la causa al Doctor Wilson Mejía Murillo ,Jefe del Centro de Salud Alonso Suazo, mediante Oficio Presidencia/TSC1071-2013 de fecha 12 de marzo de 2013, quien contestó por medio del oficio de fecha 18 de marzo 2013, lo siguiente: “... 2 En cuanto a la no utilización del etiquetado o el símbolo universal de peligrosidad en los recipientes destinados para el depósito de los desechos infecciosos, en lo que corresponde al Cesamo se ha caído en desuso debido a que hemos enfrentado problemas respecto al abastecimiento de insumos y a la limitada

*asignación de fondos que nos obligan a la compra de material vital para nuestras funciones debiendo priorizar actividades que directamente están destinadas a la atención de usuarios (pacientes). Consideramos a partir de este punto gestionar con la administración regional retomar esta actividad”.*

El que los recipientes no estén debidamente etiquetados con el símbolo de peligrosidad, provoca que los pacientes, y/o empleados puedan manipular los desechos peligrosos y así contaminarse y generar un impacto negativo a la salud y al no etiquetar los recipientes que contienen los desechos peligrosos el personal que manipula los mismos puede mezclarlos con los desechos comunes, convirtiendo estos últimos en desechos peligrosos también, generando mayor riesgo de contaminación.

### **Recomendación N° 1**

#### **Al Jefe del Centro de Salud Alonso Suazo**

Girar instrucciones a quien corresponda para que:

- 1.1 El Centro de Salud realice el etiquetado de los recipientes, permitiendo así una adecuada segregación e identificación de los desechos peligrosos y comunes, tal como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud, para un correcto almacenamiento temporal y disposición final de los mismos.
- 1.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **2. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO SE TIENE ESTABLECIDO UN HORARIO PARA LA RECOLECCIÓN Y TRASLADO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS AL ALMACENAMIENTO TEMPORAL**

Al inspeccionar el Centro de Salud Alonso Suazo, se comprobó que no tienen establecido un horario para recolectar y trasladar los desechos peligrosos al almacenamiento temporal, por lo que estos son trasladados en horas que todavía hay afluencia de pacientes.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 45

Sobre el particular se solicitó mediante Oficio Presidencia/TSC1071-2013 de fecha 13 de marzo de 2013, la causa al Doctor Wilson Mejía Murillo, Jefe del Centro de Salud Alonso Suazo, quien contestó mediante oficio sin registro numérico, de fecha 18 de Marzo 2013, lo siguiente: “*En cuanto a la calendarización del traslado de los desechos peligrosos el Administrador Regional nos manifestó que se está realizando el trabajo de los desechos sólidos en forma programada los días sábados y se asignó 2 personas para su ejecución*”.

**COMENTARIO DEL AUDITOR:** En la inspección se comprobó que el traslado de los desechos hospitalarios se realiza entre las 2:00 pm y 3:00 pm de lunes a domingo, razón por la cual coincide con la afluencia de pacientes y personal que labora en el hospital.

### **Recomendación N° 2**

#### **Al Jefe del Centro de Salud Alonso Suazo**

Girar instrucciones a quien corresponda para que:

2.1 El Centro de Salud cumpla con lo establecido en el artículo 45 del Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, el cual estipula que el responsable de la gestión operativa de los desechos o la Dirección del Establecimiento de Salud es el responsable de establecer los horarios, la duración y la frecuencia de recolección, en función de la cantidad y calidad de los desechos generados por cada servicio, sin que las actividades de recolección y traslado interfieran con los servicios de salud y se lleven a cabo con eficiencia y seguridad.

2.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

### **3. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO SE CUMPLEN LOS REQUISITOS QUE DEBE REUNIR LA BODEGA TEMPORAL DE ALMACENAMIENTO DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS**

Al inspeccionar in situ el Centro de Salud Alonso Suazo, se comprobó que la bodega destinada para el almacenamiento temporal de los desechos hospitalarios (comunes y peligrosos) no cumple con los requisitos establecidos en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud así:

a) La bodega para almacenamiento temporal de los desechos peligrosos está construida de 4 paredes sin ningún tipo de puerta que permita

entrar a depositar y retirar los desechos, lo que tiene es un boquete en la parte superior por donde tiran las bolsas con los desechos y para extraerlos una persona ingresa haciendo uso de una escalera.

- b) Las paredes de la bodega no están totalmente lisas ni con ángulos de encuentro entre piso y pared, que permita la fácil limpieza de la misma (ver imágenes A y B)
- c) No tiene desagüe que permita drenar el agua cuando se lava. (Ver imagen C)
- d) La parte superior no está sellada totalmente para evitar el ingreso de insectos, roedores, pájaros etc. (ver imagen D)
- e) No está rotulada con el símbolo universal de peligrosidad que indique el riesgo de los desechos ahí depositados. (Ver imagen E)
- f) No se tiene restringido el acceso. (Ver imagen E)
- g) No cuentan con una pileta con agua para la limpieza y desinfección, tanto del local como del personal que manipula los desechos generados por el Centro de Salud.





**Imagen N° 4** Obsérvese las condiciones actuales en que se encuentra la bodega de almacén temporal de desechos peligrosos del Centro de Salud Alonso Suazo.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículos N° 51 numerales 3, 4, 7, 8, 10; y N°54

Sobre el particular se solicitó la causa al Abogado Jorge Alberto López Solórzano Jefe del Departamento de Regulación Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central mediante Oficio N° TSC-1325-2013 de fecha 08 de abril 2013, quien contesto por medio del oficio con fecha 06 de mayo 2013, lo siguiente: *“...Cuando establece porque no cumple los requisitos que debe tener la bodega en relación a los depósitos con los ángulos, textura de pared y de la pileta con agua y equipo necesario para la limpieza es porque todavía cuando se realizó esta estructura de almacenamiento temporal de desechos no se contaba con esta guía de Desechos Sólidos por lo que iniciaremos los trámites para poder cumplir con esto.”*

Al no contar el Centro de Salud con un almacenamiento temporal de desechos peligrosos que reúna las condiciones adecuadas, arriesga la salud de los empleados expuestos, por su trabajo, a la manipulación directa de los desechos peligrosos, así como a la contaminación del ambiente y del público en general que visita el Centro de Salud.

### **Recomendación N° 3**

#### **Al Director de Regulación Sanitaria de la Región Sanitaria del Distrito Central**

Girar instrucciones a quien corresponda de que:

3.1 Se realicen las gestiones necesarias para acondicionar la bodega para el almacén temporal de desechos hospitalarios, apegándose a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Acuerdo N° 07-2008.

3.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

#### **4. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO SE CUENTA CON UN TÉCNICO RESPONSABLE CAPACITADO PARA LA GESTIÓN OPERATIVA DE LOS DESECHOS HOSPITALARIOS**

Al entrevistar al Coordinador Departamental de Salud Ambiental de la Región Sanitaria, se nos informó que no cuentan con una persona responsable capacitada para el manejo de los desechos hospitalarios.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 9

Sobre el particular se solicitó la causa al Abogado Jorge Alberto López Solórzano Jefe del Departamento de Regulación Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central, mediante Oficio N° TSC-1325-2013 de fecha 08 de abril 2013, quien contestó por medio del oficio con fecha 06 de mayo de 2013, lo siguiente: *“...En relación a la persona responsable de los desechos sólidos no contamos con un recurso con formación académica en el manejo de residuos hospitalarios que permita no solamente ser el responsable del adecuado cumplimiento del manejo de los desechos peligrosos sino además programar y calendarizar jornadas de capacitación y actualización en el tema. Sin embargo el personal del Cesamo Dr. Alonso Suazo, Laboratorio de Alimentos y CODOPA se encarga de apegarse al*

*adecuado manejo de los mismos y a la capacitación de las normas de Bioseguridad al personal directamente a su cargo.”*

Al no contar con un encargado capacitado para la adecuada gestión de los desechos peligrosos, se pone en riesgo la salud de los trabajadores del Centro de Salud.

#### **Recomendación N° 4**

#### **Al Director de Regulación Sanitaria de la Región Sanitaria del Distrito Central**

Girar instrucciones a quien corresponda para que:

- 4.1 Asigne una persona encargada (capacitada) del manejo de los desechos peligrosos para la correcta gestión de los mismos en el Centro de Salud.
- 4.2 Se establezcan responsabilidades directas, por escrito, al personal de servicios generales y enfermería del establecimiento de salud (previa capacitación en manejo de desechos peligrosos) para que contribuyan a la correcta gestión ambiental del establecimiento, realizando acciones operativas para el control sobre el manejo adecuado de este tipo de desechos.
- 4.3 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

#### **5. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO CUENTAN CON UN VEHÍCULO ASIGNADO EXCLUSIVAMENTE PARA EL TRASLADO DE LOS DESECHOS PELIGROSOS.**

Al inspeccionar in-situ la Dirección de Regulación de la Región Sanitaria Metropolitana, se comprobó que el vehículo destinado para el traslado de los desechos peligrosos al relleno sanitario no es exclusivo para este tipo de actividades, y que no reúne las condiciones adecuadas las cuales se detallan a continuación:

- a) Es un vehículo abierto, no es cerrado, por lo que está latente el riesgo de caídas de las bolsas conteniendo desechos peligrosos.
- b) No tiene un mecanismo que permita sujetar las bolsas para impedir que se deslicen durante el transporte.
- c) El vehículo no tiene rótulos que indiquen el traslado de material biopeligroso.

- d) El vehículo no es de uso exclusivo para el transporte de desechos peligrosos.



**Imagen N° 5** Obsérvese que el vehículo asignado para el traslado de los desechos peligrosos no reúne las especificaciones según el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 56 incisos 3, 5, 8 y 10.

Sobre el particular se solicitó la causa al Abogado Jorge Alberto López Solórzano Jefe del Departamento de Regulación de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central mediante Oficio N° TSC-1325-2013 de fecha 08 de abril 2013, quien contestó por medio del oficio con fecha 06 de mayo 2013, lo siguiente: *“...El vehículo no cuenta con rótulos que indiquen la presencia de material biopeligroso, el logotipo universal reconocido y nomenclatura de licencia sanitaria porque no se cuenta con vehículo asignado exclusivamente para esta actividad siendo el responsable para el transporte del mismo al crematorio Municipal el Administrador Regional, sin embargo la tóxica es identificada para que se le dé el manejo adecuado en el crematorio.”*

Al no contar con un vehículo asignado exclusivamente para el transporte de los desechos peligrosos hasta el relleno sanitario y que no cuente con las especificaciones establecidas, puede provocar contaminación por las bacterias que se queden en el mismo, produciendo enfermedades con elevados índices de mortalidad al ser utilizado para otras actividades.

### **Recomendación N° 5**

#### **Al Director de Regulación Sanitaria de la Región Sanitaria del Distrito Central**

Girar instrucciones a quien corresponda para que:

- 5.1 Asigne un vehículo exclusivamente para el transporte de los desechos hospitalarios.
  - 5.2 Desinfecten el vehículo que utilizan para el transporte de los desechos hospitalarios siempre que sea utilizado para otras actividades.
  - 5.3 Acondicionar el vehículo conforme a las posibilidades del Centro de salud, con el propósito de evitar que durante el traslado de los desechos no se derramen las bolsas y ocasione riesgos a la población.
  - 5.4 Verificar el cumplimiento de las recomendaciones planteadas anteriormente y que las mismas se documenten y archiven correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.
- 6. EN EL CENTRO DE SALUD ALONSO SUAZO NO CUENTAN CON LOS CONTROLES DE SALIDA DE LOS DESECHOS GENERADOS QUE SE DEPOSITARON EN EL RELLENO SANITARIO, EN LOS AÑOS 2010, 2011 Y 2012**

Al entrevistar al encargado de la Región Sanitaria Metropolitana, responsable de la disposición final de los desechos que se generan en el Centro de Salud Alonso Suazo, nos manifestó que para los años 2010, 2011 y 2012 no cuentan con archivos de los controles de salida que confirmen que los desechos peligrosos generados durante ese período fueron llevados al relleno sanitario de la municipalidad del Distrito Central.

Incumpliendo con lo establecido en:

- Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, Artículo N° 60.

Sobre el particular se solicitó la causa al Abogado Jorge Alberto López Solórzano Jefe del Departamento de Regulación de la Región Sanitaria Metropolitana del Distrito Central mediante Oficio N° TSC-1325-2013 de fecha 08 de abril 2013. El Abogado solicitó prorroga mediante oficio N°067-04-2013-DR-RSM para dar respuesta a lo solicitado, y en fecha 06 de mayo 2013 se recibió un oficio firmado por el Abogado López, como representante del Departamento de Regulación de la Región Sanitaria

Metropolitana del Distrito Central, quien no informó nada, del control de salida de los desechos”.

El no contar con los controles de salida de los desechos peligrosos generados en el Centro de Salud Alonso Suazo, ocasiona incertidumbre en relación al lugar de destino de los desechos que se han generado durante dichos años, lo cual de no haber sido depositados en el lugar aprobado por la municipalidad, podría ocasionar contaminación al medio ambiente, daños a la salud por el inadecuado uso de los desechos, así como propagación de enfermedades.

### **Recomendación N° 6**

#### **Al Director de Regulación Sanitaria de la Región Sanitaria del Distrito Central**

Girar instrucciones a quien corresponda para que:

- 6.1 Lleven el control de salidas y traslados de desechos peligrosos al relleno sanitario documentando cada proceso para tener el registro físico de los mismos.
- 6.2 Verificar el cumplimiento de la recomendación planteada anteriormente y que la misma se documente y archive correctamente para futuros procesos de evaluación de la gestión de la Institución.

## **CAPÍTULO V**

### **SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE AUDITORÍAS ANTERIORES**

#### **A. SEGUIMIENTO DE RECOMENDACIONES DE AUDITORÍAS ANTERIORES**

Se realizó un seguimiento de las recomendaciones incluidas en el informe N° 002-2006-DARNA de la Auditoría de Gestión Ambiental Sobre el Manejo de Desechos Hospitalarios, practicada a la Secretaría de Salud, que cubrió el período del 1 enero del 2005 al 19 mayo de 2006, notificado el 13 de diciembre de 2006, el cual incluye 8 recomendaciones por incumplimiento legal, para ser implementadas por la Secretaría de Salud y acorde al informe de evaluación número IAR-DSR-DSS-031-2007 elaborado por el Departamento de Seguimiento de Recomendaciones. La revisión mostró que 2 recomendaciones no han sido implementadas (**Ver Anexo N°8**).

Tegucigalpa, M.D.C. 24 de mayo de 2013

**Lourdes Lorena Rivera Rodríguez**  
Supervisor

**Hernán Roberto Bueso Aguilar**  
Jefe de Departamento de Auditorías  
Sector Recursos Naturales y Ambientes

**Jonabelly Vanessa Alvarado Amador**  
Dirección Auditorías Centralizadas y Descentralizadas

# ANEXOS

## ANEXO Nº 1

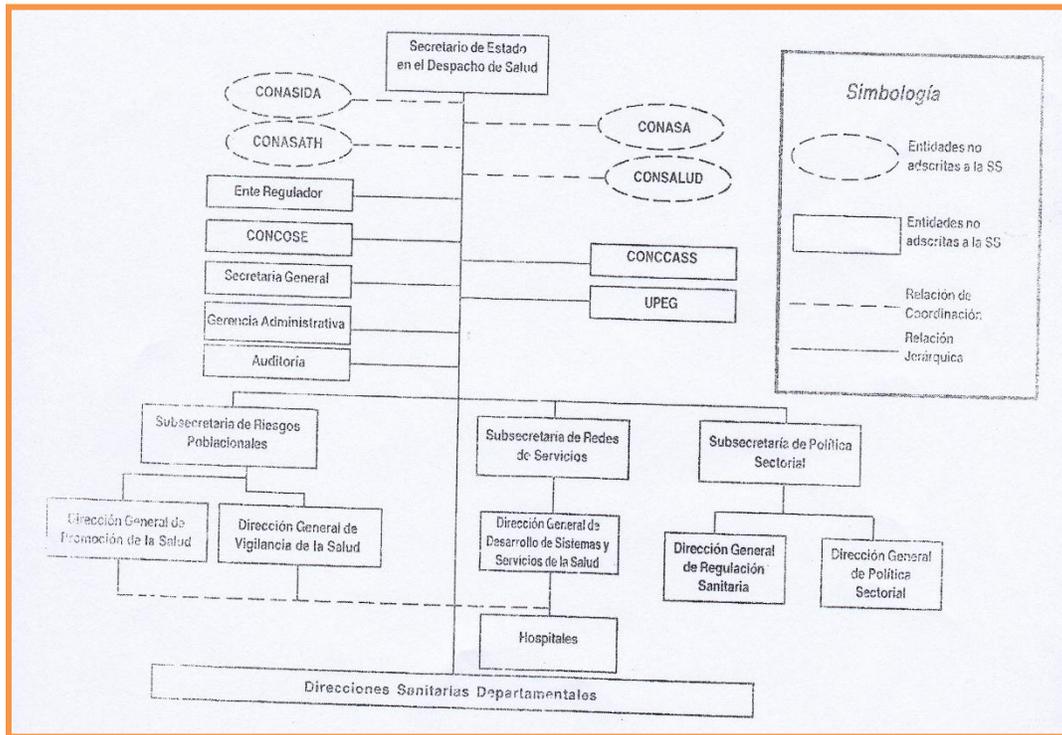
### LISTADO DE DOCUMENTOS REVISADOS DURANTE LA AUDITORÍA.

1. Análisis Sectorial de Residuos Sólidos (Honduras 2010)
2. Informe de la Situación Actual de la Gestión de los Residuos Sólidos en Honduras (enero 2010)
3. Manual para la Gestión Integral de los Residuos Sólidos (USAID-Honduras)
4. Seminario Internacional Gestión de Residuos Peligrosos Hospitalarios
5. Guía de Plan de Manejo Integral de Residuos Hospitalarios para Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de Nivel II y III de Complejidad
6. Manual de Organización y Funciones y Descripción de Perfiles, Unidad de Desechos Sólidos, Hospital San Felipe, Secretaría de Salud.
7. Normas Técnicas de Descargas de Aguas Residuales a Cuerpos Receptores y Alcantarillado Sanitario.
8. Plan de Arbitrios de la AMDC
9. Manual Para la Gestión Integral de Residuos Solidos
10. El mercurio en el sector salud. WHO/SDE/WSH/05.08. Correo electrónico: [hcwaste@who.int](mailto:hcwaste@who.int) Organización Mundial de la Salud, 2005. Departamento de Salud Pública y Medio Ambiente Agua, Saneamiento y Salud.
11. Compilación de Reglamentos Especiales Derivados de la Ley General del Ambiente
12. Manual Sistema de Indicadores Ambientales de Honduras (SIAH)
13. Desechos sólidos Hospitalarios  
[http://www.noharm.org/salud\\_sin\\_danio/temas/residuos/](http://www.noharm.org/salud_sin_danio/temas/residuos/)
14. Mejora Continua de la Gestión de Residuos Hospitalarios (OPS 2011)

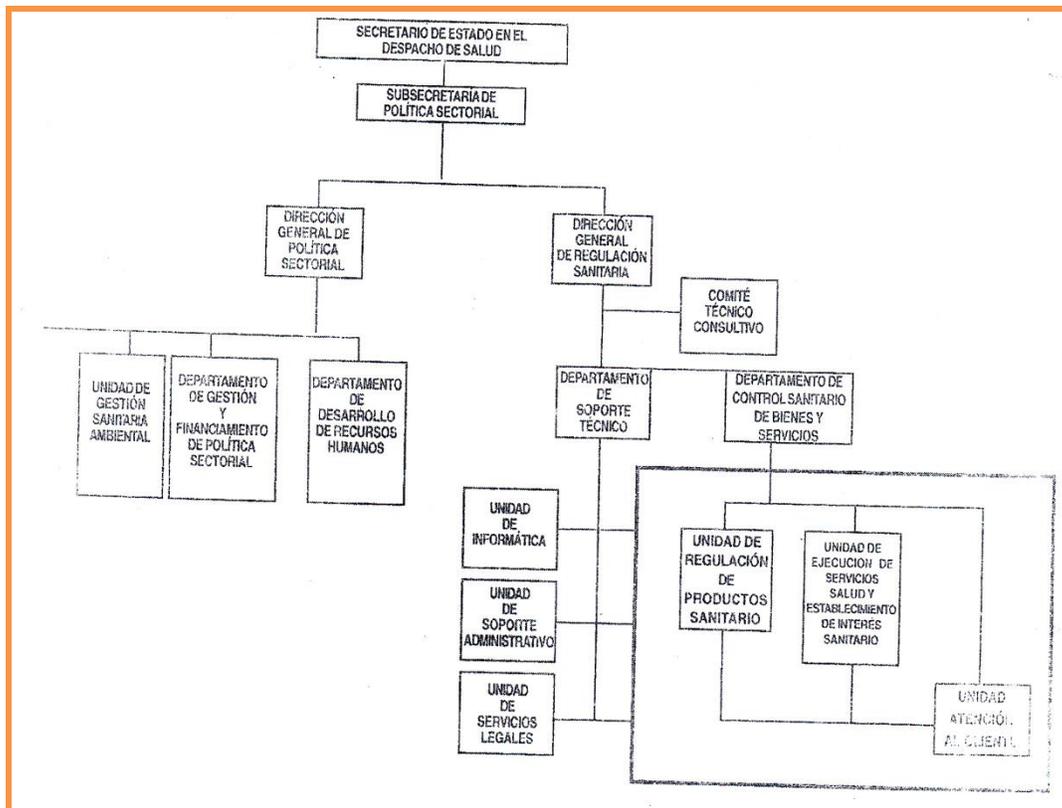
## ANEXO N° 2. Tratados y convenios suscritos por Honduras relacionados con el tema auditado

	Tratado o Convenio	Fecha	Objetivos
1	Política Centroamericana de Salud y Ambiente	27 febrero 2002 (ciudad de Panamá)	Instrumento regional acordado por los Consejos de Ministros de Ambiente y Salud y que le da marco a la iniciativa del manejo de residuos sólidos. Uno de los puntos acordados en dicha Política como área prioritaria de intervención en Salud y Ambiente es el manejo, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los desechos sólidos domésticos, industriales y hospitalarios.
2	Convenio de Basilea sobre el control de los movimientos transfronterizos de los desechos peligrosos y su eliminación	Decreto No. 31 – 95. La Gaceta del 28 de octubre de 1995	Relacionado con el artículo 129 y 131 del Reglamento General de Salud Ambiental. Su objetivo es adoptar las medidas, conforme a Derecho Internacional para prevenir, reducir, y controlar la contaminación en la zona de aplicación. Respaldo con asistencia técnica por el PNUMA para elaborar Planes Regionales para la gestión de algunos residuos peligrosos estableciendo como tales, entre otros, los desechos clínicos producto de la atención prestada en hospitales, centros médicos y clínicas, los provenientes de la producción y preparación de productos farmacéuticos y medicamentos. El Centro de Estudios y Control de Contaminantes (CESCCO) de la SERNA está a cargo de su aplicación y seguimiento. Este Convenio está relacionado con el Reglamento para Transporte por Carretera de Sustancias Mercancías y Desechos Peligrosos, así como los Reglamentos de Fiscalización y Registro que imponen responsabilidades al generador sin especificaciones, por tanto debe ser complementado con una Normativa para Regular la Gestión y Disposición de Embalajes de Plaguicidas.
3	Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (COPs)	Firmado el 17 de mayo del 2003, y ratificado mediante Decreto Legislativo 24-2004 del 23 de abril de 2005, Gaceta No. 30878	Su objetivo es materializar un programa de reducción paulatina hasta lograr la total eliminación de los 12 siguientes contaminantes usados como pesticidas en su mayoría, y otros emanados de la industria: aldrina, clordano, DDT, dieldrina, endrina, heptacloro, hexaclorobenceno, mirex, toxafeno, dioxinas, furanos y bifenilos policlorados. Tiene incorporado un mecanismo financiero sólido para hacer efectivo el Plan Nacional en la materia, en sinergia con el Convenio de Basilea por la similitud de los materiales y elementos químicos que regula. El Centro de Estudios y Control de Contaminantes (CESCCO) de la SERNA está a cargo de su aplicación y seguimiento.
4	Convenio sobre Vertimiento de Desechos en el Mar	Decreto 84, La Gaceta del 6 de febrero de 1980	Este Acuerdo Latinoamericano establece los parámetros para la ejecución del control por parte de los oficiales de Estado Rector de Puerto.
5	Convenio Marco de las Naciones Unidas sobre Cambio Climático (CMNUCC)	Ratificado el 14 de febrero de 1995 mediante Decreto 28-95. La Gaceta del 29 de julio de 1995	Su objetivo es lograr la estabilización de las concentraciones de gases de efecto invernadero a un nivel que impida las interferencias antropogénicas sobre el sistema climático y permitir que los ecosistemas se adapten, disminuir las amenazas sobre la producción de alimentos y el curso sostenible del desarrollo económico. Íntimamente vinculado con los residuos sólidos incinerados y su inadecuada disposición, debe complementarse con el Reglamento de Rellenos Sanitarios. La Unidad de cambio climático de la SERNA es la encargada de las actividades de su cumplimiento y seguimiento.
6	Acuerdo Regional sobre Movimientos Transfronterizos de Desechos Peligrosos	Suscrito en el año 1992. Decreto 40-93. La Gaceta del 28 de agosto de 1993	Con una vigencia de 10 años término que se venció y no ha sido renovado por las partes. La comisión CCAD y la Oficina Subregional con sede en San Salvador, República de El Salvador, son los entes competentes en la región para concretizar el Plan Regional para la gestión de los materiales regulados en el Convenio de Basilea y canalizar iniciativas para la gestión y propuesta de proyectos objeto del Convenio. Sustituido por el Convenio de Basilea.
7	Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica, República Dominicana y los Estados Unidos de Norte América (DR- CAFTA)	Aprobado 3 marzo 2005, Decreto 10-2005, publicado en la Gaceta el 10 de julio de 2005	Capítulo Ambiental. Está relacionado con la Producción más limpia y, comportamiento de la población para denunciar las malas prácticas, evitar la generación de desechos provenientes de la producción, uso eficiente de la materia prima. La DGA - SERNA está a cargo de la Política y lineamientos de producción limpia. Iniciado el proceso. Capítulo Diecisiete. Ambiental Artículo 17. 1: Niveles de protección reconociendo el derecho de cada Parte de establecer sus propios niveles de protección ambiental y sus políticas y prioridades de desarrollo ambiental, así como de adoptar o modificar, consecuentemente, sus leyes y políticas ambientales, cada Parte garantizará que sus leyes y políticas proporcionen y estimulen altos niveles de protección ambiental y deberán esforzarse en mejorar esas leyes y políticas. Artículo 17.4: Mecanismos Voluntarios para Mejorar el Desempeño Ambiental 1. Las Partes reconocen que los incentivos y otros mecanismos flexibles y voluntarios pueden contribuir al logro y mantenimiento de la protección ambiental, en complemento de los procedimientos estipulados en el Artículo 17.3. Según sea apropiado y de conformidad con sus leyes, cada Parte estimulará el desarrollo y uso de tales mecanismos.

## ANEXO Nº 3. ORGANIGRAMA SECRETARÍA DE ESTADO EN LOS DESPACHOS DE SALUD



### SUB- SECRETARÍA DE POLÍTICA SECTORIAL



## ANEXO N° 4

### Hospital Escuela Universitario

Las bolsas y recipientes utilizados para el depósito de los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario, no reúnen las características y condiciones adecuadas: se reutilizan las bolsas de empaque de casas comerciales de cualquier tipo y color (**fotografía A**), no son colocadas en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal y en muchos casos superan el 75% de su capacidad (**ver fotografía B**), las bolsas no tienen el espesor indicado y el etiquetado correspondiente como se señala en la fotografía C.



Los recipientes y bolsas donde se depositan los desechos peligrosos generados en el Hospital Escuela Universitario no están etiquetados indicando la peligrosidad de los mismos.



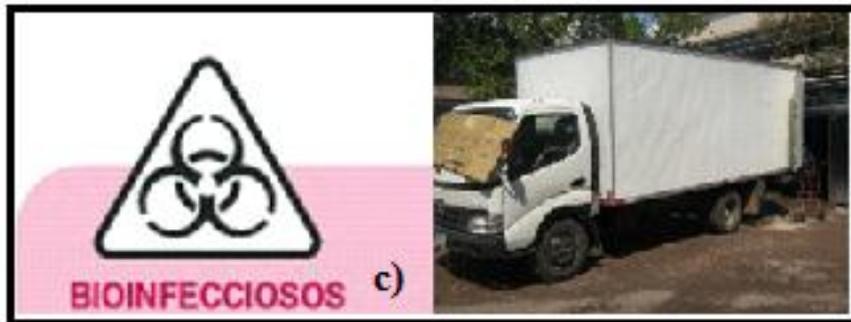
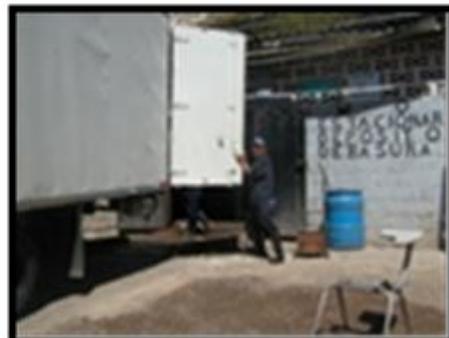
En el Hospital Escuela Universitario el transporte interno de los desechos no cumple con lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, tales como:

- El carro de transporte interno en donde se trasladan los desechos peligrosos no es el adecuado ya que no posee un depósito de color rojo y no está rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”.
- Los recipientes (barriles) que se colocan en el carro de tracción manual para trasladar los desechos peligrosos, no están rotulados (“Uso exclusivo para Desechos Peligrosos”), ni cuentan con tapa.
- Los recipientes que contienen las bolsas donde se depositan los desechos peligrosos, no se sujetan al vehículo de tracción manual corriendo el riesgo de caerse.
- La ruta del traslado de los desechos peligrosos no es segura, ya que se pudo observar en el momento de la inspección, que la misma coincidió con el traslado de la comida de los pacientes, en vista que tienen la misma ruta y aunque existe un horario diferente para cada una, no siempre se respetan.
- Las medidas de seguridad del personal no se realizan con eficiencia, ya que el personal que maneja el carro manual no siempre usa guantes, careta, usa las mangas del overol dobladas a  $\frac{3}{4}$  del brazo y algunas veces las bolsas y/o recipientes son arrastrados por el suelo trasladándose de un envase a otro.



El transporte externo de los desechos del Hospital Escuela Universitario no cumple con las condiciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud. Detalle a continuación:

- e) El cajón del vehículo no cuenta con un sistema que permita sujetar las bolsas.
- f) El vehículo no cuenta con logotipo universal reconocido que indique la peligrosidad del contenido que se está transportando (simbología internacional tipo OPS/OMS), ni rótulos que indiquen la presencia de material bio-peligroso. (ver imagen c)
- g) El personal encargado de realizar este trabajo no cumple con las medidas de higiene y seguridad, pues no utilizan guantes de hule grueso, gafas, mascarillas y las mangas de sus overoles las usan dobladas a nivel del codo.
- h) El contenedor o cajón del vehículo se mantiene sin llave.



Los desechos químicos producidos en los laboratorios, no son manejados de acuerdo a lo establecido en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud. Tal como se detalla a continuación:

Los desechos químicos producidos en los laboratorios descartados por máquinas donde se hacen pruebas, son vertidos en el sistema de alcantarillado sanitario municipal (ya sea directamente mediante tubería conectada a la máquina o lo que se capta en recipientes internos que posteriormente se evacuan en el sistema de alcantarillado sanitario municipal); en el caso de los envases, empaques o recipientes que los contienen, estos son colocados en los depósitos ubicados en las diversas áreas del Laboratorio sin seguir las precauciones, instrucciones y fichas de seguridad para el manejo de este tipo de desechos, sin indicar la concentración de las soluciones ni etiquetarlos con la leyenda “**Desecho químico peligroso**”.



Los desechos líquidos generados en el Hospital Escuela Universitario son depositados en el alcantarillado sanitario. Éstos son líquidos procedentes de la sala de hemodiálisis que como se puede observar en la tubería, estos son depositados al alcantarillado sanitario.



## ANEXO N° 5

### Hospital General San Felipe

1. Los recipientes y bolsas destinados para el depósito de los desechos no están etiquetados con el símbolo universal de peligrosidad.



**Imagen No. 1** Obsérvese las bolsas (rojas y negras) sin etiquetar y el almacenamiento intermedio inadecuado.

2. Los desechos peligrosos no se depositan en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal.



Sala de quimioterapia



Sala de Oncología

**Imagen No. 2.** Obsérvese en algunas de las áreas del Hospital San Felipe los recipientes utilizados para el depósito de los desechos, los cuales carecen de las especificaciones establecidas en el Reglamento.

3. El carro manual que utilizan en el Hospital General San Felipe para el transporte interno de los desechos bioinfecciosos no está rotulado.



**Imagen No.4.** Obsérvese que el transporte para uso interno que utiliza el Hospital General San Felipe no está rotulado con la frase “USO EXCLUSIVO PARA DESECHOS PELIGROSOS”.

4. ...

5. El vehículo de recolección y transporte externo de los desechos peligrosos generados en el Hospital General San Felipe no reúne las características establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud. Tales como: a) no está rotulado indicando la presencia de material Biopeligroso. b) No tiene el Logotipo Universal de peligrosidad y ni la Nomenclatura de la Licencia Sanitaria.



**Imagen No. 6.** Obsérvese que el vehículo que realiza la recolección y transporte externo de los desechos peligrosos en el Hospital General San Felipe.

## ANEXO N° 6 Instituto Nacional Cardiopulmonar (Hospital El Tórax)

1. Los recipientes y bolsas en los que depositan los desechos peligrosos no cumplen con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.



**Imagen N° 1** Obsérvese que los recipientes plásticos no tienen tapa accionada por pedal; y en el caso de la imagen b el recipiente tiene el pedal pero no tiene la tapa.

2. Deficiencias en la recolección y transporte interno de los desechos hospitalarios.



**Imagen N° 2.** Obsérvese las deficiencias en la recolección y transporte interno de los desechos peligrosos: los barriles y basureros no cuentan con sus respectivas etiquetas o leyendas que indiquen la peligrosidad de los desechos que ahí se depositan y algunos están agujereados, en la foto del centro podemos apreciar algunos empleados cargando en su espalda una bolsa de basura, sin ningún tipo de protección.

3. Al momento de efectuar sus labores los empleados de la compañía CHIC no cumplen las medidas de seguridad.



**Imagen N° 3** Obsérvese que no hay medidas de seguridad para los empleados de la empresa, no están usando sus guantes, mascarillas, las bolsas con la basura no las deben acarrear de forma manual para evitar cualquier tipo de contaminación.

4. El vehículo para el transporte externo de los desechos peligrosos no cumple con las especificaciones establecidas en el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en Establecimientos de Salud.



**Imagen N° 4.** Obsérvese que el vehículo que transporta los desechos peligrosos no cumple con las especificaciones según Reglamento para el Manejo de Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud, tales como: a) El interior del cajón del vehículo es demasiado pequeño, b) Las bolsas de color Rojo que contienen desechos peligrosos van aperchadas y el vehículo no tiene soportes que permitan sujetar las bolsas, c) No tiene el rótulo que dice “Se transporta producto Biopeligroso”, d) No tiene el Logotipo Universal de peligrosidad y ni la Nomenclatura de la Licencia Sanitaria.

5. Los desechos líquidos generados en el Instituto Nacional Cardio Pulmonar (Hospital el Tórax) son vertidos en el alcantarillado público.



**Imagen N° 2.** Obsérvese que los líquidos generados en áreas críticas, imagen A bajan por los tubos que se observan en foto B y se depositan en cajas de captación de las aguas residuales del alcantarillado público, imágenes C y D, ejemplos de algunos líquidos: sangre, desechos de biopsias, esputos y desechos líquidos de radiología.

## ANEXO N° 7

### Hospital Psiquiátrico Santa Rosita

1. Las bolsas donde se depositan los residuos peligrosos generados en el Hospital Psiquiátrico Santa Rosita, no se colocan en recipientes rígidos con tapa accionada por pedal.



**Imagen N° 1.** Uso de Recipientes sin tapa accionada, área de Laboratorio y Enfermería.

2. ...
3. Los desechos infecciosos y patológicos no son segregados como lo establece el Reglamento para el Manejo de los Desechos Peligrosos Generados en los Establecimientos de Salud.



**Imagen No.2** Obsérvese el uso de barriles para la segregación de éstos desechos peligrosos no están etiquetados, no tienen tapadera con sello hermético y hasta tienen agujeros en la parte inferior. Y no como lo establece el reglamento: los desechos infecciosos y patológicos sin líquidos deben ser segregados en bolsas de color rojo y etiquetadas y cuando tienen abundantes líquidos se deben utilizar recipientes de material rígido impermeable y resistente, con cierre seguro y hermético para evitar derrames o en su defecto utilizar doble bolsa roja debidamente etiquetada con el símbolo de peligrosidad y después colocarlos en cajas de cartón.

4. Los envases plásticos que contienen desechos punzo cortantes no son etiquetados.



**Imagen No. 3.** Obsérvese que no rotulan los envases plásticos con la leyenda “Peligro Desechos Punzo Cortantes”.

## ANEXO N° 8

### Recomendaciones que no fueron ejecutas

Detalle de la recomendación	Dirigida a
4.1 Socializar en todas las instituciones de la salud el Reglamento para el Manejo de los Desechos Generados en los Establecimientos de Salud, una vez aprobado. 4.2 Coordinar con la SERNA, las municipalidades y otras instancias la aplicación del Reglamento para el Manejo de los Desechos Generados en los Establecimientos de Salud (DGES)	<b>Jenny Mercedes Meza</b> Secretaria de Estado en los Despachos de Salud

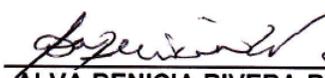
Los valores y principios éticos construyen PATRIA.



### AUTENTICA

La Suscrita Secretaria General del Tribunal Superior de Cuentas, CERTIFICA: Que las fotocopias que anteceden corresponden al Informe **No.001-2013-DARNA-MDP-SS-A**, de la Auditoria de Gestión Ambiental practicada a la Secretaría de Salud, sobre El Manejo de los Desechos Peligrosos generados en establecimientos Públicos de Salud del Distrito Central (AGA-MDP-DC) las anteriores fotocopias constituyen un total de Ciento Cincuenta y Uno (151) fólíos utiles, debidamente enumerados y sellados, siendo estas AUTENTICAS por haber sido cotejadas o corroboradas con sus originales, las que obran en este Tribunal Superior de Cuentas. En tal virtud doy fe.

Tegucigalpa, MDC; 24 de Septiembre de 2013.

  
**ALVA BENICIA RIVERA R.**  
Secretaria General

